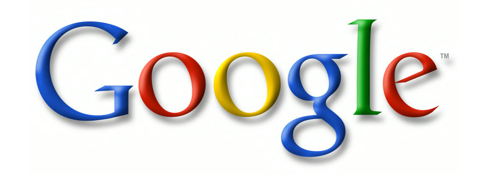
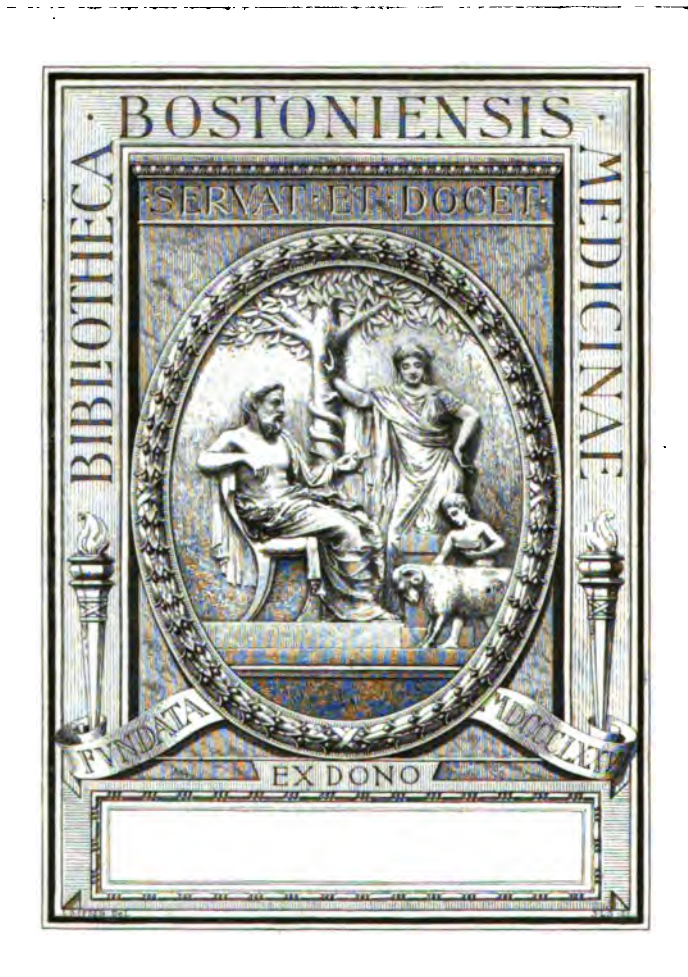



BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT ET DOCET
FVNDATA
MDCCCLXXV
EX DONO



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London) **C. Zarniko** (Hamburg)

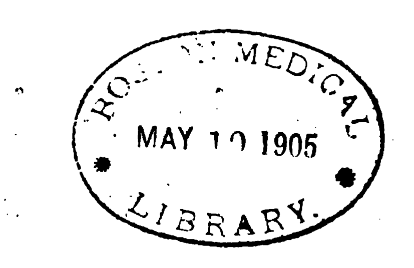
herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON
London.

Zwanzigster Jahrgang.
(Januar—December 1904.)

Berlin, 1904.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.


MEDICAL
MAY 1905
LIBRARY.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

a) Lehrbücher:

b) Monographien und grössere Aufsätze:

IV. Congress- und Gesellschaftsberichte.

V. Nekrologe.

VI. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, Januar. 1904. No. 1.

I. Die laryngo-rhinologische Litteratur des Jahres 1902.

Länder:	Allgemeines.	Nase u. Nasenrachenraum.	Mundrachenhöhle.	Diphtheritis und Croup.	Kehlkopf und Luftröhre.	Schilddrüse.	Oesophagus.	Zusammen.
Nordamerika	57	193	95	37	97	28	13	520
Deutschland	43	100	47	11	66	13	14	294
Grossbritannien und Colonien	12	66	32	6	66	6	11	199
Frankreich	15	47	42	18	35	14	9	180
Oesterreich-Ungarn	15	71	19	7	51	5	10	178
Italien	10	38	13	10	18	—	—	89
Belgien und Holland . . .	5	24	14	12	17	3	2	77
Polen	3	11	8	4	18	—	4	48
Russland	9	13	8	6	7	1	2	46
Spanien	3	5	12	—	22	—	1	43
Skandinavien	3	9	7	1	10	2	1	33
Schweiz	3	1	1	2	1	1	2	10
Zusammen	178	578	298	113	408	73	69	1717

Auch die diesmalige Zusammenstellung giebt zu keinen weiteren Bemerkungen Veranlassung, als dass ein geringer weiterer Rückgang der Gesammtproduction vorzuliegen scheint.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **Spira** (Krakau). **Bericht über die Thätigkeit des rhino-otiatrischen Ambulatoriums des israel. Spitals in Krakau in den ersten 4 Monaten seines Bestandes etc.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 8. 1903.*

Aus dem uns interessirenden Theile des Berichtes, der grösstentheils otiatrischer Natur ist, sei erwähnt die Behandlung der Ozaena mit reichlicher Spülung, 2—3 maliger wöchentlicher Bepinselung der Schleimhaut mit 5—10 pCt. Lapislösung und Einlegen von Tampons, die bestrichen wurden mit Bals. peruv. 2,0, Ichthyol 1,0, Vaselini 10,0. In einem Falle von Septumperforation wurde der Versuch mit Injection von Paraffin gemacht, derselbe misslang aber. Chronischer Schwellungskatarrh der Nase wurde mit Massage behandelt, hyperplastische Hypertrophien wurden mit Schlinge oder Messer abgetragen. In einem Falle von traumatischem Septumabscess bestand eine Communication der beiderseitigen Abscesse. Bei Larynxkatarrhen werden Zerstäubungen und Einathmungen 2 proc. Ichthyollösung empfohlen.

SCHECH.

2) **Alexejew, Warschowski, Gedroitz. Behandlungsmethoden und Recepte der St. Petersburger Kliniken. (Sposobi letschenija i recepti st. Petersb. klinik.)** *St. Petersburg. 1903.*

In dieser für die elementarsten Bedürfnisse des Arztes berechneten Zusammenstellung werden unter anderem die Behandlungsmethoden der Simanowski'schen Klinik für Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- und Ohrenkrankheiten aufgeführt.

Besprochen werden: Angina diph., Angina tonsill. Laryngitis ac., Laryngitis chron., Lues laryng., Oedema laryn., Tuberc. laryngis, Epistaxis, Ozaena, Rhinitis ac., Rhinitis chron. Gemäss dem Plane des Werkchens sind natürlich nur die gewöhnlichsten Recepte, die allgemein bekannt sind, erwähnt.

P. HELLAT.

3) **T. W. Washbourn** (London). **Scharlachfieber nach Halsoperationen. (Scarlet fever arising after operations on the throat.)** *The Clinical Journal. 15. October 1902.*

Verf. berichtet über 5 Fälle, in denen nach Operation von adenoiden Vegetationen, Muschelhyperplasien und Septumresectionen etc. ein Scharlachexanthem mit nachfolgender Abschuppung auftrat. Die Krankengeschichten enthalten nichts, was mit Sicherheit annehmen liesse, dass die Infectionskrankheit eine Folge der Operation ist.

JAMES DONELAN.

4) **Weaver. Die Vitalität der Bakterien aus dem Halse von Scharlachkranken. (The vitality of bacteria from the throats of scarlet fever patients.)** *N. Y. Medical Journal. 12. September 1903.*

Verf. hat mit Material, das aus dem Pharynx und von den Tonsillen von Scharlachkranken stammt, experimentirt. Er gelangt zu folgenden Resultaten:

Streptokokken finden sich fast stets im Halse der Scharlachkranken und zwar ist ihre Zahl am grössten während der Anfangsstadien der Krankheit und nimmt mit ihrem Fortschreiten ab. Die beim Scharlach gefundenen Streptokokken zeichnen sich durch ihre Widerstandsfähigkeit aus; sie finden sich in dem aus dem Hals, entnommenen Material oft noch nach 90 Tagen lebensfähig. Sie bleiben lange Zeit auch in der Milch am Leben. Ihre Cultivirung wird erheblich erleichterte wenn man dem Nährboden eine geringe Quantität Zucker zusetzt. In Bezug auf ihre culturellen und morphologischen Eigenschaften unterscheiden sich die Scharlachangina-Streptokokken in Nichts von andern Streptokokken.

LEFFERTS.

5) **Poehl. Von der Bedeutung der Katalysatoren für das Leben und die Gesundheit überhaupt und des Spermin, Cerebrin und Adrenalin im Besonderen. (O snatschen. katal. dlji. shisni i sdop. woob. i o sperm., cereb. i adrenal. w tschastnosti.)** *H. Wratsch. p. 1744. 1902.*

Die Rolle der Katalysatoren besteht in der Beschleunigung der Reactionen. Bisher waren nur oxydirende Katalysatoren, besonders das Spermin, bekannt. Adrenalin ist der erste Katalysator, der die Reduction beschleunigt.

P. HELLAT.

6) **Tarchanow. Ueber einige physiologische Wirkungen des Adrenalin auf Thiere. (O nepot. fisiol. deist. adrenalini na shiwotnich.)** *R. Wratsch. p. 1744. 1902.*

T. demonstrirt ein Kaninchen, dem er 0,02 Adrenalin unter die Haut injicirt. Es trat Parese der Extremitäten, Anämie der Ohren, Erweiterung der Pupillen, Dyspnoe und nach 25 Min. der Tod ein. Bei der Section fand sich eine Ueberfüllung der Blutgefässe des Thorax, Ecchymosen der Lungen, das Blut stark venös, die Haut sehr anämisch. Durch Spermin kann man die Adrenalinwirkung zurückhalten, aber nicht paralysiren, künstliche Athmung wirkt nicht. Tauben gehen noch schneller zu Grunde; Frösche werden auf längere Zeit betäubt, bleiben aber am Leben. Die Temperatur sinkt bei der Adrenalinwirkung schnell um mehrere Grad, bei langsamer Vergiftung von 39° auf 22°.

Diese Wirkungen lassen sich alle durch Herabsetzung der Gewebsoxydationen erklären und durch Contraction der peripheren Gefässe.

Adrenalin innerlich scheint wenig oder gar nicht zu wirken. Es wird wahrscheinlich durch die Leber paralysirt. Der Magensaft hat auf Adrenalin keine Wirkung.

P. HELLAT.

7) **Poehl. Ueber die Katalysatoren im Organismus im Allgemeinen und über Adrenalin im Speciellen.** (Protocoll des Vereins St. Petersburger Aerzte.) *St. Petersburger med. Wochenschr. p. 56. 1903.*

Discussion: Hellat bedauert, dass der Vortragende nur die chemische, weniger die physiologische Seite berührt hat. Er hat die ischämirende Wirkung bei einer Lösung von 1 : 10,000 sehr prompt eintreten sehen. In einem Falle von Carcinomexstirpation unter Adrenalin beobachtete H. sehr geringe Blutung. Nachblutungen hat er bisher nicht beobachtet.

Neumann ist mit der anämisirenden Wirkung zufrieden.

Nissen hat bei innerlicher Darreichung Ohnmachtsanfälle gesehen und Dunkelfärbung des Urins.

Hoerschelmann konnte Abblassen des Harns bei Nierenblutungen beobachten.

Poehl fand, dass 0,006 subcutan bei Kaninchen starke Glykosurie, 0,008 den Tod zur Folge hatte.

Nach den Beobachtungen von Tarchanow sind subcutane Anwendungen mit starken Hämorrhagien der inneren Organe verknüpft. Das Adrenalin geht unzersetzt durch den Körper hindurch. Nach Injectionen bei Kaninchen sinkt die Körpertemperatur auf 27, bei enormer Contraction der Gefässe.

Er hält die innere Anwendung des Mittels für absolut ungefährlich.

P. HELLAT.

8) **Heiman. Ueber Anwendung des Adrenalin bei Krankheiten der Nase und Ohren. (O prawdziwej wartosci lenniczej adrenaliny w chorobach uszu i nosa.)** *Gaz. Lek. No. 20. 1903.*

Verf. behauptet, dass Adrenalin in der rhino-otiatrischen Praxis nur ein werthloses Mittel darstellt.

A. SOKOLOWSKI.

9) **Koenigstein. Ueber Anwendung des Adrenalin bei Krankheiten der Nase, des Rachens, Kehlkopfes und der Ohren. (O wartosci lecznicznej adrenaliny w cierpieniach nosa, uszu, gazdta i krtani.)** *Gazet. Lek. No. 16, 17. 1903.*

Verf., auf eigene Erfahrung sich stützend, rühmt den Werth des Adrenalins für die rhino-laryngologische Praxis.

A. SOKOLOWSKI.

10) **Suarez de Mendoza** (Paris). **Das Surrenalin in der Oto-Rhino-Laryngologie (La surrénaline en oto-rhino-laryngologie.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Otologie et de Laryngologie. p. 155. 1903.*

Nase: S. applicirte das Surrenalin auf die Schleimhaut unter der Form von Einpinselungen und energischen Einreibungen, sowie als Pulverisation. Abgesehen von seinen Erfolgen bei den verschiedenen chronischen Nasenaffectionen fand er das Mittel hauptsächlich im Beginn von acutem Schnupfen wirksam. In manchen Fällen erwies es sich als vorzügliches Abortivmittel. Gewisse Kranke zeigen sich dem Mittel gegenüber refractär und reagiren sogar mit erhöhter Reizbarkeit und Verschlimmerung der Erscheinungen; man begegnet einer wahren Idiosynkrasie gegen dasselbe. — Bei wirklichem Heufieber und Pseudoheufieber scheint seine Wirksamkeit problematisch. Allein oder associirt mit Cocain hat es sich bei Nasenoperationen als ausgezeichnetes Mittel zur Herstellung künstlicher Blutleere und als vorzügliches Haemostaticum bewährt.

Sinus: Dank dem Surrenalin konnte S. unter vollständiger Blutleere eine Auskratzung des Sin. frontal. vornehmen, und den Katheterismus des Sin. maxill. trotz bedeutender Enge der Nasenhöhle, bei Sinusempyem ausüben.

Pharynx: In einem Fall von Blutung nach Amygdalotomie bei einem Hämophilen erwies sich das Surrenalin per Wattetampon aufgedrückt als promptes Haemostaticum ohne weitere Nachblutung.

Larynx: Er erzielte gute Resultate bei acuter und hämorrhagischer Laryngitis sowie bei tuberculösem Kehlkopfödem; er konnte unter vollständiger Blutleere einen Polyp unterhalb der vorderen Commissur der Stimmbänder entfernen und in 2 Fällen die Curettage tuberculöser Kehlkopfherde ausführen. In manchen Fällen leiste das Mittel werthvolle Dienste für die Differentialdiagnose zwischen einfacher vasculärer Congestion und wirklicher Infiltration.

Bezüglich des Adrenalins verweist er auf die spätere Veröffentlichung seiner Beobachtungen und Versuche.

BAYER.

11) **Aronsohn** (Ems-Nizza). **Das Adrenalin zur Coupirung von Asthmaanfällen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 3. 1903.*

Bei einer Pat., deren Asthma durch sonstige Mittel unbeeinflusst blieb, bewährte sich Verf. Adrenalin in Originallösung (1 : 1000), auf die verdächtigen Stellen gepinselt, glänzend. Er empfiehlt es auch zur Selbstbehandlung im Spray (1 : 3) oder Salbe (1—5 : 5 Lanolin, Vaselin āā).

ZARNIKO.

12) **M. Weil** (Wien). **Ueber Adrenalin bei Asthma.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 12. 1903.*

Verf. hat bereits am 9. April 1902 mehrere dem Aronsohn'schen analoge Fälle vorgestellt und seitdem weitere 5—6 beobachtet.

ZARNIKO.

13) **Edward A. Robinson. Adrenalin bei Lungenblutungen und Epistaxis. (Adrenalin chlorid in pulmonary hemorrhage and epistaxis.)** *Interstate Medical Journal. Mai 1903.*

In zwei Fällen von Haemoptoe erwies sich das Adrenalin von grossem Nutzen. Von einer Lösung von 1 : 1000 wurden viermal 20 Tropfen zweistündlich gegeben, dann dreimal täglich 25 Tropfen. Ebenso bewährte es sich bei Epistaxis.

EMIL MAYER.

14) **E. B. Gleason. Argyrol für Localbehandlung von Nase, Hals und Ohr. (Argyrol in the local treatment of diseases of throat, nose and ear.)** *Medical Bulletin. Mai 1903.*

Verf. hat Argyrol mit gutem Erfolg in Form eines 10 proc. Sprays bei acuter Rhinitis, als 20 proc. Spray bei Rhinitis atrophicans und Ozaena gebraucht. Bei Pharyngitis und Tonsillitis pseudomembranacea hat er es in 50 proc. Lösungen angewandt.

Im Kehlkopf kann es an Stelle von Argentum nitricum in 10 bis 50 proc. Lösung zur Anwendung kommen.

EMIL MAYER.

15) **E. J. Ingals. Brometon. (Brometone.)** *Illinois Medical Journal. Juni 1903.*

Brometon wird hergestellt durch Einwirkung von Aetzalkali auf Bromoform und Aceton. Verf. hat sich des Mittels mit Vortheil bei Reizhusten in Folge von Laryngo-Tracheitis und Bronchitis, sowie zur Erleichterung bei Asthmaanfällen bedient.

EMIL MAYER.

16) **Samuel Iglauer. Stickstoffoxydul mit Sauerstoff als Anaestheticum bei Halsoperationen. (Nitrous oxide with oxygen as an anaesthetic in throat operations.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 25. Juli 1903.*

Es wird der Nutzen einer der Aethernarkose voranzuschickenden Lachgasbetäubung erörtert.

EMIL MAYER.

17) **Kindler** (Chemnitz). **Neue Ligaturröhre für Glühschlingen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 3. 1903.*

Modification, um dem Uebelstande, dass die Wiederbildung der zugezogenen Schlinge selten durch einfaches Wiedervorschieben des Schlittens bewerkstelligt werden kann, abzuhelfen; zu beziehen durch Gebbert, Reiniger und Schall in Erlangen, München, Wien.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

18) **W. Rubaschkin. Ueber die Beziehungen des N. trigeminus zur Riechschleimhaut.** *Petersburger Anat. Anzeiger. Bd. XXII. No. 19. p. 407.*

Schon vor R. haben Grassi und Castronovo, R. y Cajal, Brunn, Lenhossék, Disse, Aichel, Myodowsky freie, intraepitheliale Fibrillen in der Riechschleimhaut gesehen, die sie, ohne einen Beweis dafür zu erbringen, für sensible Fibrillen des N. trigeminus ansahen.

R. untersuchte Hühnerembryonen am 9. Tage der Incubation vermittelst der Chromsilberimprägnation, da sich die Riechschleimhaut der Hühnerembryonen in morphologischer Hinsicht verhält, wie die der übrigen Thiere. R. beobachtete nur 2 Wurzeln, die aus dem Gangl. Gasseri hervorkommen und zwar den 1. und 2. sensiblen Zweig des N. trigeminus. Der erste Zweig, der zur Riechschleimhaut herabsteigt, nimmt seinen Ursprung aus dem Gangl. Gasseri als dicker Nervenstamm, und indem er die Richtung zur Riechschleimhaut einschlägt, giebt er einen unbedeutenden Ast von sich, der sich sogleich zur Membr. olfactoria wendet und an ihrer inneren Oberfläche einen Nervenknoten bildet. Zum Unterschiede von dem Ramus ethmoidalis nervi trigemini, welcher zur Schleimhaut der Regio respiratoria geht, schlägt R. vor, diesen Zweig Ramus olfactorius nervi trigemini, den Knoten aber, der von ihm gebildet wird, Ganglion olfactorium nervi trigemini zu nennen.

Somit steht das Riechbündel des N. trigeminus in unmittelbarem Zusammenhange mit dem ersten Zweige des N. trigeminus, resp. mit dem Gangl. Gasseri.

J. KATZENSTEIN.

19) **Martuscelli. Das Jacobson'sche Organ als Geruchsorgan betrachtet. (L'organo di Jacobson considerato come organo olfattivo.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio, delle gola e dal naso. December 1902.*

Verf. hat an Kaninchen Experimente derart gemacht, dass er den Bulbus olfactorius abtrug und dann die am Jacobson'schen Organ zu constatirenden Veränderungen studirte. Er fand, dass die bei den Controlthieren stets im Jacobson'schen Organ nachweisbaren Sinneszellen nach vorausgegangenen Zerstörungen des Bulbus olfactorius nicht mehr auffindbar waren. Er schliesst daraus, dass das Jacobson'sche Organ als Geruchsorgan zu betrachten sei.

FINDER.

20) **H. Beyer. Narkotische Wirkungen von Riechstoffen und ihr Einfluss auf die motorischen Nerven des Frosches.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. Supplementband. S. 203. 1902.*

B. prüfte Riechstoffe, die entsprechend den neun Klassen der Zwaardemaker'schen Classification ausgewählt waren, auf ihre narkotisirende Wirkung. Die Riechstoffe gleichen bei der Einathmung in ihren schädigenden Einflüssen auf den Frosch den Narcoticis, vermögen aber ausserdem auch die Erscheinungen der localen Narkose der motorischen Nerven hervorzurufen. J. KATZENSTEIN.

21) **N. Vaschide. Die Messung der Zeit der einfachen Reaction der Geruchsempfindungen. (La mesure du temps de réaction simple des sensations olfactives.)** *Travail du Laboratoire de Psychologie expérimentale de l'école des Hautes-Études. Arch. de Villejuif. 1902.*

Die Messungen der Reactionszeit des Geruchssinnes auf adäquate Reize (Kampfer) ergab: Weibliche Personen reagiren langsamer als männliche. Die Dauer der Reactionszeit ist im Allgemeinen kürzer als von früheren Autoren angegeben wird. Durch Uebung und Anspannung der Aufmerksamkeit kann zwar eine geringe Abkürzung der Reactionszeit erzielt werden, es wird aber bald ein constantes Minimum erreicht. Durch Ermüdung des Geruchssinnes wird die Reactionszeit sehr verlängert. Die Längen der Reactionszeiten verhalten sich umgekehrt proportional den Intensitäten der Reize. J. KATZENSTEIN.

22) **H. Zwaardemaker. Die Empfindung der Geruchslosigkeit.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. Supplementband. S. 420. 1902.*

In Folge Abwesenheit riechender Moleküle kommt Geruchlosigkeit von Räumen und Luft im Freien nur selten vor; sie findet ihre Erklärung in der Compensation verschiedener Riechstoffe, ferner darin, dass concentrirte Lösungen im Vergleich zu verdünnten einen sehr schwachen Geruch auslösen. Ueber die Geruchlosigkeit von Stoffen spricht Z. sich wie Erdmanns auf Grund von dessen Untersuchungen über die Löslichkeit von Riechstoffen in flüssiger Luft dahin aus, dass die Geruchlosigkeit nicht durch die mangelnde Flüssigkeit des Körpers, sondern dadurch bedingt ist, dass die an den oberflächlichen Schichten des Körpers enthaltenen Stoffe keine besondere Löslichkeit in flüssiger oder gasförmiger Luft zeigen, dass ferner der Vertheilungscoëfficient zwischen dem Körper und der Luft ein ungünstiger ist. Es giebt aber auch Stoffe, die zwar sehr flüchtig, aber geruchlos sind; dies wird dadurch erklärt, dass die Substanz und chemische Beschaffenheit der Riechhärchen sich in diesem Falle als Lösungsmittel für den betreffenden Stoff refractär verhält. Vielleicht ist es auch dadurch zu erklären, dass gemäss der Majewsky'schen Hypothese die Moleküle des Körpers keine oder zu viele, demnach sich aufhebende odoriphore Atomgruppen besitzen.

J. KATZENSTEIN.

23) **H. Zwaardemaker. Odorimetrie von procentischen Lösungen und von Systemen im heterogenen Gleichgewicht.** *Arch, f. (Anat. u.) Physiol. 1. u. 2. Heft. S. 42. 1903.*

Z. verwendet an Stelle des Cylinders aus porösem Porzellan, womit die

Riechmesser bis jetzt armirt waren, ein massives Papiercylinderchen von $2^1/_2$ mm Wanddicke. Die Vortheile dieser Neuerung sind die absolute Geruchlosigkeit des Papiers, die unmittelbare Verwendbarkeit ohne irgend welche Vorbereitung, die rasche Imbibitionsfähigkeit des Filtrirpapiers. Nach Schilderung einer orientirenden Methode, bei der der Riechmesser in gewöhnlicher Weise verwendet wird, indem man sich des natürlichen Schnüffelns oder umsichtiger Riechbewegungen zur Aspiration bedient, wird bei der definitiven Methode an Stelle des Athmens die Aspiration einer Bunsen'schen Wasserstrahlluftpumpe herangezogen, deren Aspiration durch besondere Maassnahmen so viel wie möglich constant gehalten wird. Die von dem Aspirationsdruck herrührende Geschwindigkeit des Luftstromes im Riechmesser wird mit Hülfe des Gad'schen Athemvolumschreiber bestimmt, der mit dem vom Beobachter abgewendeten Ende des Innenröhrchens bezw. des ausgeschobenen odorimetrischen Cylinders in Verbindung gesetzt wird. Die Geschwindigkeit des sich durch den Riechmesser bewegenden Luftstroms beträgt 0,5 m. Es passiren pro Secunde im Mittel 25 ccm Luft. Dieser Luftstrom führt nun statt des Athemstromes die sich von der Innenfläche des odorimetrischen Cylinders lösenden Riechmoleküle mit. Der continuirliche Strom führt pro Zeiteinheit eine gleiche Menge Moleküle mit; diese Menge ist der Oberfläche, d. h. der vorgeschobenen Cylinderlänge proportional.

Die mit Riechstoff beschwerte Luft wird dem Geruchsorgan zugeführt. Hierzu wird in der vom Riechmesser zum Spirometer führenden Base ein cylinderförmiger Luftbehälter aufgenommen, der „Riechfläschchen" genannt wird. Dieses habe einen Inhalt von 50 ccm und muss leicht fortgenommen werden können, was am besten durch auf einander geschliffene kupferne Ansätze erreicht wird. Wie überall in der von dem continuirlichen Luftstrome durchströmt gewesenen Base befinden sich auch in dieſem kleinen Behälter Riechgase in der gemessenen Verdünnung. An diesem Riechfläschchen braucht man nur zu riechen, um ohne weiteres feststellen zu können, ob die Erkennungsschwelle erreicht worden ist oder nicht.

J. KATZENSTEIN.

24) Hahn. **Ein Fall von absoluter Anosmie infolge von Kopfverletzung. (Un caso di assoluta anosmia in seguito a trauma dal capo.)** *Bollett. delle Malattie dell'orecchio della gola e dal naso. September 1902.*

Ein 31jähriger Mann wurde nach einem heftigen Schlag über den Kopf bewusstlos; später trat Erbrechen, Blutung aus dem linken Ohr, heftiges und anhaltendes Nasenbluten, Schwindelanfälle, beiderseitige Taubheit ein. Als der Verletzte einigermaassen wieder hergestellt war, bemerkte er, dass er sein Geruchsvermögen völlig eingebüsst hatte. Aus den geschilderten Symptomen geht hervor, dass es sich um eine indirecte Fractur der Schädelbasis mit Betheiligung der vorderen und mittleren Schädelgrube handelte, bei der auch der Nervus olfactorius verletzt und so seiner Function beraubt wurde. Bemerkenswerth ist, dass in diesem Fall die Anosmie nach einer die vordere Schädelregion betreffenden Verletzung auftrat, während in den meisten anderen bisher berichteten Fällen von Anosmie nach Trauma die Hinterkopfgegend Sitz der Verletzung war. In sieben Monaten der Beobachtung ist in vorliegendem Fall eine Besserung nicht aufgetreten.

FINDER.

25) **Haug** (München). **Ueber die Beeinflussung gewisser subjectiver Ohrerscheinungen durch Behandlung der genitalen Sphäre der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 2. 1903.*

Mittheilung und Analyse von 4 Fällen, bei denen ein deutlicher Connex zwischen Ohrerkrankung und gewissen Nasenveränderungen vorhanden war. So konnten im ersten Falle Schmerzen im linken Kiefergelenk und Ohr, welche am heftigsten zur Zeit der Menses auftraten, durch Cocainisirung und Aetzung der stark geschwellten unteren Muscheln beseitigt werden; im zweiten Falle bestand ausser Ohrschmerzen eine kleine Blutblase, die sich zur Zeit der Menses wiederholten resp. beträchtlich steigerten. Nach Cocainisirung der Nase und Aetzung mit Trichloressigsäure verloren sich Schmerzen und Blutblase; in einem dritten Falle bestand heftiges continuirliches Ohrensausen, das nach wiederholten Aetzungen der Muscheln und des Tuberculum septi fast völlig verschwand; in dem 4. Falle, wo heftiges Jucken, Geräusche und stechende Schmerzen in der Ohrmuschel und im Ohre selbst bestanden hatten, verschwanden gleichfalls nach Behandlung der Nase die Symptome. Haug warnt trotz dieser positiven Thatsachen vor allzu grossen Hoffnungen, zumal das ganze Gebiet noch sehr dunkel sei. SCHECH.

26) **G. Trautmann. Zur Frage der Beziehungen zwischen Nase und Genitalien.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 4. 1903.*

Sehr interessante Studie mit anatomisch-physiologischen Angaben, die durch mehrfache Zeichnungen erläutert werden. Die Verbindung mit den Genitalorganen geschieht erstens durch den Sympathicus resp. den Plexus hypogastricus und solaris unter Mitwirkung des Trigeminus resp. Nerv. petros. profundus major. Aber auch der Weg eines anderen Nerven, des Olfactorius, wäre gangbar. Nach Trautmann könnte der Connex zwischen Geruchs- und Genitalsphäre erfolgen 1. durch den Olfactorius allein, dessen Bahnen bis in das Rückenmark hinabgehen und durch die Rami communicantes mit dem Sympathicus in Verbindung treten, 2. durch Connex des Olfactorius und Sympathicus im Gefässcentrum in der Med. oblong., 3. durch eine Verbindung des Olfact. mit dem Trigeminus, welch' letzterer selbst wieder mit dem Sympathicus zusammenhängt. Hinsichtlich der Fliess-schen Nasogenitalstellen meint Trautmann, dass auf der Nasenschleimhaut vielleicht noch mehrere analoge Stellen bestehen, ja dass man vielleicht auf jeder dem Untersucher zugänglichen Schleimhaut durch Reize die gleichen Reflexe auslösen kann, vielleicht giebt es auch solche Stellen in der Mundhöhle, im Rachen sowie auf der äusseren Haut. Die Leitungsbahnen von der Nase zu den Genitalien sind anatomisch vorhanden, doch scheint die Function derselben, durch welche die Reflexe ausgelöst werden, normal nicht zu bestehen, sondern von abnormen Momenten abzuhängen. Im Allgemeinen muss man sagen, dass bis jetzt eine sichere Kenntniss der ausschliesslich in Betracht kommenden Nervenbahnen nicht existirt, dass aber bei der vasomotorischen Leitung die Anfangs besprochenen Nerven sich wohl als Vermittler denken lassen. Aufklärung in diese Vorgänge zu bringen, ist Sache der experimentellen Forschung, in klinischer Hinsicht sollte jedes Mal der Allgemeinzustand, besonders der psychische und nervöse, fixirt werden; auch sollte man die Haut an den verschiedensten Stellen auf die Ungleichheit gleicher

Reflexauslösung prüfen; vielleicht lassen sich dann noch andere sogenannte Genitalstellen finden, die vielleicht nichts Anderes sind, als reflexauslösende Anfangs- oder Endstellen vasomotorischer Bahnen im Nervensystem. SCHECH.

27) **Lannois** (Lyon). **Epilepsie nasalen Ursprungs. (Epilepsie d'origine nasale.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 30. Mai 1902.*

Pat. ist ein 29jähriger Mann, bei dem sich Nasenpolypen und eine Synechie der mittleren Muschel mit dem Septum fanden.

Während der Exstirpation der Polypen, nach vorhergehender Cocainisirung, stösst Pat. plötzlich einen Schrei aus, wird blass und fällt auf die linke Seite. Es treten tonische Contracturen, dann klonische Zuckungen auf; Schaum vor den Lippen, Antlitz geröthet. Beim zweiten Versuch einer Extraction trat eine analoge Krise auf, die mit Schleimerbrechen endigte. Pat. hat in seiner Jugend sieben oder acht Mal Convulsionen gehabt. PAUL RAUGÉ.

28) **Wilhelm Grosskopff** (Osnabrück). **Ein Fall von Epilepsie geheilt durch Operation von Nasenpolypen und Nebenhöhleneiterung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 1. S. 140. 1902.*

Die Epilepsie bestand bei dem 20jährigen Patienten seit 2 Jahren. Die Eröffnung der mit Eiter erfüllten rechten Kieferhöhle, sowie die Extraction der Nasenpolypen mit der Schlinge fand im November 1901 statt. Im Moment des Durchschneidens der Schlinge trat ein schwerer epileptischer Anfall ein. Seither ist Pat. frei von Anfällen geblieben. F. KLEMPERER.

29) **Van Eeckhaute. Ein Fall von nasaler Epilepsie. (Un cas d'épilepsie nasale.)** *Bulletin de la Société Belge d'Otologie et de Laryngologie. p. 131. 1903.*

41jähriger Arbeiter, welcher an Kopfweh und Schwindel leidet. Die Schwindelanfälle stellen sich 4—5 innerhalb 24 Stunden ein unter dem Bilde epileptischer Anfälle. 1. Initialperiode: leichter Schwindel, sich bis zum vollständigen Bewusstseinsverlust steigernd; kurz gefolgt von der 2. Periode: Congestion des Gesichts mit unregelmässigen Zuckungen der Extremitäten, Trismus und Schaum vor dem Munde; dann 3. Periode: Erblassen des Gesichts, Rückkehr des Bewusstseins und lange dauerndes Abgeschlagensein. Einpinseln der Nasenschleimhaut links mit 10 pCt. Cocainlösung verhindert das Auftreten der Anfälle. Die operative Entfernung eines linksseitigen knöchernen Nasenscheidewandvorsprungs mit der Bosworth'schen Säge ist von vollständiger Heilung gefolgt. BAYER.

30) **Royet** (Lyon). **Geistesstörungen melancholischer Form, zurückzuführen auf die Anwesenheit von Schleimpolypen in der Nase und geheilt durch Abtragung dieser. (Troubles mentaux à forme mélancolique due à l'existence de polypes muqueuses des fosses nasales et guéris par l'ablation de ces tumeurs.)** *Société des Sciences médicales de Lyon. 17. Juni 1903.*

Verf. erklärt die Geistesstörungen nasalen Ursprungs als die Folge einer vasomotorischen Reflexwirkung auf die Nervencentren oder eines directen Ein-

flusses auf die Lymph- und Blutcirculation im Gehirn in Folge des Zusammenhangs der intracraniellen Gefässe mit denen der Nasenschleimhaut.

PAUL RAUGÉ.

31) **William Cheatham. Reflexneurosen. (Reflex neuroses.)** *Louisville Journal of Medicine and Surgery. Juni 1903.*

Bericht über zwei Fälle von recidivirender Keratitis, in denen durch Galvanokaustik der mittleren Muschel und des Septums promptes Aufhören der Augensymptome erzielt wurde.

EMIL MAYER.

32) **Carl Kassel** (Posen). **Ein Fall von nervösem Herzklopfen, geheilt durch Abtragung einer Spina septi narium.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. XIII. 1. S. 298. 1902.*

Durch Berührung der Spina mit der Sonde wurden die Anfälle von Herzklopfen ausgelöst; seit Abtragung derselben sind sie verschwunden. Die Nasenverstopfung war nicht die Ursache der Reflexneurose — denn diese schwand sofort nach dem Eingriff, trotzdem die Nasenverstopfung vorläufig noch andauerte — vielmehr die Spina selbst, wie Verf. annimmt, wahrscheinlich wegen Veränderungen in den in ihr endigenden Nervenbahnen.

F. KLEMPERER.

33) **Alexander Francis. Die nasale Behandlung des Asthma. (Nasal treatment of asthma.)** *Transact. Clinical Society of London. Brit. med. Journal. 18. October 1902.*

Während die Extraction von Polypen nicht den erwarteten günstigen Einfluss auf das Asthma hatte, war dieser zu constatiren nach Galvanokaustik des — gesunden (! Red.) — Septums. F. hat 402 Fälle behandelt, von denen 194 geheilt, 73 erheblich gebessert wurden. Er hat den Eindruck gewonnen, dass zwar sehr häufig Asthma reflectorisch von der Nase aus erregt wird, dass aber bei der Aetiologie des Asthmas Polypen und sonstige grobe Läsionen in der Nase nicht die Rolle spielen, die man ihnen einzuräumen geneigt ist.

Discussion:

Scanes Spicer: Nach seiner Erfahrung waren Eingriffe in der Nase bei Asthma wirkungsvoller, wenn irgend welche Reizquelle beseitigt werden konnte.

Herbert Tilley drückt sein Erstaunen über die Statistik Francis' aus. Die in England mit der intranasalen Behandlung des Asthmas gemachten Erfahrungen seien ganz andere.

E. B. WAGGETT.

34) **J. W. Moore. Einige Fälle von Asthma mittels Entfernung der mittleren Muschel behandelt. (Some cases of asthma treated by removal of the middle turbinate.)** *Laryngoscope. Juli 1903.*

Es wurden in den Fällen von Asthma, wo Veränderungen an den Muscheln nachweisbar waren, ziemlich gute Erfolge durch Abtragung derselben erzielt.

EMIL MAYER.

35) **W. Peyre-Porcher. Facialisneuralgie infolge von Nasen- und Nebenhöhlenerkrankung. (Facial neuralgie due to disease in the nose and antrum.)** *Laryngoscope. August 1903.*

In 5 Fällen war die Facialisneuralgie zurückzuführen auf Nebenhöhlen- und intranasale Erkrankung, im sechsten Falle auf eine Muschelhypertrophie.

Verf. fühlt sich durch die von ihm gemachten Erfahrungen berechtigt, so weit zu gehen, dass er sagt, in jedem Fall, wo eine Septumverbiegung vorhanden sei und gleichzeitig Facialisneuralgie bestehe, könne man einen causalen Zusammenhang vermuthen.

EMIL MAYER.

36) **Em. Fink. Das Heufieber und andere Formen des nervösen Schnupfens.** *Haug's Klin. Vortr. aus d. Gebiete der Otol. u. Pharyngo-Rhinologie. Fischer, Jena. 5. Juni 1902.*

Die Geschichte dieser Erkrankung geht ins 17. Jahrhundert zurück, aus dem F. eine Reihe von Autoren anführt; er verfolgt sie bis in die neueste Zeit.

Wir können von einer Coryza nervosa sprechen, die zwar durch verschiedene Erreger erzeugt wird, aber immer mit denselben Hauptsymptomen verläuft. Es giebt nun ätiologisch gesonderte, unter sich aber immer gleichbleibende Arten einer und derselben Krankheit, nämlich der Coryza nervosa. Man kann höchstens eine periodische und eine nicht periodische Form unterscheiden. Nichts mit ihr gemein hat die cerebrospinale Hydrorrhoe, die sich chemisch identificiren lässt.

Zu den localen Symptomen gehören: 1. solche im Bereich der oberen Luftwege, 2. Augensymptome, 3. Luftröhrensymptome (Asthma); zu den allgemeinen: Unbehagen, Mattigkeit, Kopfdruck und -Schmerz, gelegentlich Temperatursteigerung.

Pathologisch-anatomische Veränderungen und klinischer Befund: Die häufig gefundene Schleimhauthyperplasie ist erst die Folge des über die Schleimhaut fliessenden Secretes, das seinerseits aus der Oberkieferhöhle in den mittleren Nasengang sich ergiesst, wofür F. eigene, nach seiner Meinung beweisende Beobachtungen beibringt; zu derselben Auffassung ist er auf experimentellem Wege gekommen. Die Hyperplasie der Muschelschleimhaut kann eine polypöse Form annehmen; Polypen können sich auch in der Oberkieferhöhle selbst entwickeln.

F. giebt dann eine physio-pathologische Analyse der Symptome und bespricht im folgenden Kapitel die Aetiologie; die Ursachen sind prädisponirende und occasionelle: Gicht, Neurasthenie, Heredität, Rasse, Gesellschaftsklasse, Geschlecht, Lebensalter resp. Jahreszeit, Pollen, Blumenduft u. s. w. Die Krankheit wird hervorgerufen durch Reizung der Trigeminusenden in der Nase.

Die Prognose ist im Allgemeinen (quoad valetudinem) ungünstig.

Die Behandlung hat zu berücksichtigen die Neurasthenie und die locale Erkrankung; F. wendet sich mit Recht gegen die vielfach verbreitete Sitte der Anwendung des Galvanokauters ohne Auswahl der Fälle, wenn er auch vorübergehend Erleichterung bringen kann; das macht aber auch schon ein starker chemischer oder mechanischer Hautreiz.

Als Linderungsmittel scheint der Nebennierenextract einigen Werth zu haben; gelegentlich ist wohl die Lermoyez'sche Methode (Atropin, Strychnin) zu versuchen.

Ein durchaus zuverlässiges Heilmittel für alle Formen der Coryza nervosa ist nach F. das Aristol, auf die Schleimhaut der Kieferhöhle applicirt, weil es auf die Endfasern der Secretionsnerven wirkend die Hypersecretion zum Stillstand bringt, die gesteigerte Reizbarkeit dieser Secretionsfasern aufhebt.

A. ROSENBERG.

37) **Rosenfeld** (Stuttgart). **Ueber einige Ursachen von Husten und Schnupfen** *Berl. klin. Wochenschr. No. 9. 1903.*

In Stuttgart giebt es im Schlossgarten viele Platanen und dort bekommen viele z. Zt. der Blüthe dieser Bäume (Mai und Juni) einen, dem Heufieber ähnlichen Complex, den sogen. Platanen-Schnupfen. Die mit scharfen Zweigchen besetzten Härchen auf der Rückseite junger Platanenblätter, die abfallen und in die Athmungswege und auf die Bindehaut gelangen, sind Schuld daran.

In einem Falle entdeckte Verf. als Ursache des Schnupfens bei einer Dame den Staub, der beim Reinigen von den Federn ihres Papageies abgestreift wurde. In ihm waren die scharfen Spitzen der Papageienfederfiederchen mikroskopisch nachzuweisen.

ZARNIKO.

38) **J. Ph. Elias. Heufieber. (Hooikoorts.)** *Med. Weekblad. X. No. 2.*

Besprechung der Fink'schen und Dunbar'schen Arbeiten.

H. BURGER.

39) **Leitartikel. Die Heufiebercolonie auf Helgoland. (De hooikoortskolonie op Helgoland.)** *Geneesk. Courant. No. 13. 1902.*

Ueber das Heufieber, und über Helgoland als Curort gegen dasselbe.

Nichts Neues.

H. BURGER.

40) **Lorenzo B Lockard. Die Behandlung des Heufiebers. (The treatment of hay fever.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 15. Jänuar 1903.*

In jedem Falle sollen die Muscheln, ob erkrankt oder nicht, kauterisirt werden. Die Allgemeinbehandlung soll mindestens vier Wochen vor dem erwarteten Anfall beginnen; ihr Augenmerk soll auf drei Punkte besonders gerichtet sein: Die vermehrte Ausscheidung und verminderte Production von Harnsäure; die Ausschaltung einer eventuell bestehenden Neurose und die Entfernung jeder allgemeinen oder localen Abnormität. Als eine das allgemeine Nervensystem günstig beeinflussende Verordnung hat sich Verf. folgende bewährt:

Rp. Brucin. phosphor. 0,06—0,6
Extr. hyoscyami 0,06—0,1
Chinin. valerian. 0,12
Camphor. trit. 0,06

Täglich zweimal eine Pille.

Ebenso bewährt sich Strychnin. phosph. einige Monate vor dem Anfall in steigenden Dosen zu geben.

In den Fällen, in denen der Einfluss der Blütenpollen nachweisbar ist, hat Verf. nach der Anwendung des Ambrosia-Fluidextracts Erleichterung auftreten sehen.

In allen Fällen gebrauchte Verf. Acid. nitro-muriaticum, drei bis fünf Tropfen nach den Mahlzeiten; nur in wenigen Fällen hat ihn diese Therapie im Stich gelassen, jedoch ist der regelmässige Gebrauch des Mittels Bedingung. Nach längerer Anwendung der Säure tritt oft Diarrhoe ein; man muss sie dann durch Acid. phosphor. ersetzen. Wo Verf. mit dieser Säureanwendung keinen Erfolg erzielt, giebt er innerlich getrocknete Nebennierensubstanz. EMIL MAYER.

41) **J. H. James. Heufieber. (Hay fever.)** *St. Paul Medical Journal. Mai 1903*

Verf. ist nach seinen Erfahrungen der Ansicht, dass gegen Heufieber sich sehr viel durch Abtragung der hinteren Muschelenden mit der kalten Schlinge ausrichten lässt. Er wendet sich gegen die Anwendung der Galvanokaustik.

EMIL MEYER.

42) **France E. Stowell. Heufieber. (Hay fever.)** *N. Y. Medical Journal. 5. September 1903.*

Verf. geht von dem Gedanken aus, dass die Sonnenstrahlen in Folge einer Einwirkung auf das Auge und einer von hier ausgehenden Reflexwirkung die Heufieberanfälle hervorrufen. Diese sind im Sommer am häufigsten, weil in dieser Jahreszeit die Sonne ihre stärkste Wirkung entfaltet. Er erinnert daran, dass die Ciliarnerven durch das Ganglion lenticulare und Ganglion Gasseri mit den Nerven der Nasenschleimhaut in Verbindung stehen. Er empfiehlt das Tragen eines rauchgrauen Glases vorm Auge. (Ein Mittel, das bisweilen einige Erleichterung schafft, schon lange von Tausenden von Heufieberkranken angewandt wird, oft aber auch ganz im Stich lässt. Ref.) EMIL MAYER.

43) **Dunbar** (Hamburg). **Weiterer Beitrag zur Ursache und specifischen Behandlung des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. 1903.*

Verf. recapitulirt zunächst kurz den Inhalt seiner Monographie: Zur Ursache und specifischen Heilung des Heufiebers. 1903 (ref. in diesem Centralbl. 1903. 3. von Dr. Thost); und berichtet darauf über weitere Experimente, die er an acht Heufieberpatienten und 11 nicht für das Heufiebergift Empfängliche anstellen konnte.

Es konnten die früheren fundamentalen Beobachtungen bestätigt werden: nur die Heufieberpatienten reagirten auf das in den Conjunctivalsack oder in eine Nasenseite eingeführte Pollentoxin, die Heufieberimmunen blieben von jeglicher Reaction verschont.

Verf. hat aus dem Blute von Thieren, die er mit Gramineenpollenkörnern inficirt hat, ein Heilserum gewonnen, mit dem er in vitro die Wirkung des Pollentoxins vollkommen oder nahezu vollkommen aufheben konnte. Mit demselben Serum konnte er die Wirkung des Pollentoxins auf Heufieberempfängliche prompt auslöschen oder erheblich abschwächen.

Nach Versuchen mit Roggen- und Maispollentoxin und -Heilserum scheint es, dass die Toxine der verschiedenen Gräser identisch sind. ZARNIKO.

44) **Dunbar** (Hamburg). **Zur Frage, betreffend die Aetiologie und specifische Therapie des Heufiebers.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 24—26. 1903.*

Verf. berichtet nach kurzer Recapitulation seiner bisherigen, in diesem Centralblatt referirten Publicationen, Näheres über seine Bestrebungen, ein Heufieberantitoxin darzustellen.

Thiere reagiren sehr verschieden auf das Heufiebergift, auch Thiere derselben Art. Zum Beispiel reagirten 8 gemeine Pferde sehr wenig, ein Vollblutpferd sehr heftig.

Es gelang Verf. einige empfängliche Pferde herauszufinden. In ihrem Blute liessen sich schon nach 4 Wochen (nach 4 maliger Impfung) antitoxische Eigenschaften nachweisen. Im Laufe von einigen Monaten steigerten sich diese dergestalt, dass 1 Tropfen Pferdeserum 20—25 Tropfen Toxinlösung (von denen jeder bei Heufieberpatienten heftige Reizerscheinungen auslöst) neutralisirte.

Mit diesem Antitoxin lassen sich bei localer Application in Conjunctiva oder Nase von Heufieberpatienten die lästigen subjectiven Erscheinungen sofort unterdrücken, die Oedeme baldigst zurückbringen. Je früher das Antitoxin applicirt wird, desto prompter ist die Wirkung. Prophylaktisch lassen sich damit die Heufiebererscheinungen verhindern.

Durch die Auffindung des Toxins ist es heute möglich, die specifischen Heufiebererscheinungen von den ihnen ähnlichen bei der Coryza nervosa und beim gewöhnlichen Asthma zu trennen.

Die Vermuthungen des Verf.'s über die Natur des Toxins und die Theorie seiner Wirkung, sowie zahlreiche interessante Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Die Klarheit der Darstellung, zwingende Logik der Folgerungen, maassvolle von jedem Ueberenthusiasmus (der sich auf anderen Seiten zum Schaden der Sache auch hier wieder zu zeigen scheint) freie Kritik machen die Lectüre der hochbedeutsamen Arbeit zu einem wirklichen Genuss. ZARNIKO.

45) **Dunbar** (Hamburg). **Zur Aetiologie und specifischen Behandlung des Herbstkatarrhes.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 28. 1903.*

I. In Nord-Amerika kennt man eine frühe, mittlere und spätere Form des Heufiebers. Es giebt Patienten, die von allen betroffen werden, andere erkranken nur an einer.

Für die späte Form, den Herbstkatarrh, werden die Goldruthengewächse (goldenrod, solidago) und die Ambrosiaceeen (vor Allem rag weed) verantwortlich gemacht.

Verf. ist es gelungen, diese Ansicht zu bestätigen. Er konnte mit isolirten Pollenkörnern der Goldruthe und der Ragweedpflanze bei sich und noch einem andern Patienten, der auch in Amerika an Herbstkatarrh gelitten hatte, starke Reizerscheinungen produciren.

Merkwürdigerweise erwies sich sein Gramireenpollenantitoxin auch diesen gegenüber wirksam.

Ueber die Erklärungsmöglichkeiten dieser Thatsache vgl. das Original.

II. Verf. ist es geglückt, sein Antitoxin in Pulverform darzustellen. Das ist ein bedeutender Fortschritt, weil so die Carbolwirkungen des flüssigen Antitoxins umgangen werden.

Pat., die sich mit dem Antitoxin heufieberfrei halten können, werden mit der Zeit weniger empfänglich gegen die Intoxication mit Pollentoxin, weshalb das Antitoxin nur in immer längeren Pausen applicirt zu werden braucht.

Das Antitoxin ist völlig unschädlich und ungefährlich. ZARNIKO.

46) **Immerwahr** (Berlin). **Ueber Heufieber und die Behandlung desselben mit Dunbar's Pollenantitoxin.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 28. 1903.*

Beim Verf. brachte das Dunbar'sche Antitoxin eine gewisse Erleichterung der subjectiven Beschwerden hervor, wenn er sich schonen konnte und bei feuchter Temperatur. Unter ungünstigen Verhältnissen liess es ihn im Stich. Prüfung des vervollkommneten carbolfreien Präparats war dem Verf. in diesem Jahre leider nicht möglich.

Verf. hat an sich die üblen Folgen nasenspecialistischer Vielgeschäftigkeit in Gestalt einer Otitis media zu verspüren gehabt. (Wenn diese auch bei correcter Handhabung eines keimfreien Galvanokauters und bei correctem Verhalten des Pat. nicht vorkommen darf, so kann man dem Verf. nur sehr zustimmen, wenn er räth die Heufiebernase, jedenfalls während des Anfalls, als ein noli me tangere zu betrachten. Ref. hat in der Heufieberdiscussion, die sich im Hamburger ärztlichen Verein an die Vorträge von Dunbar und Thost anschloss dieser Meinung deutlichen Ausdruck gegeben.) ZARNIKO.

47) **Thost. Neuere Erfahrungen über das Wesen und die Behandlung des Heufiebers.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1903.*

Nach Erwähnung der epochemachenden Arbeiten von Dunbar (siehe das Referat in Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1903) bemerkt Thost, dass nach den eingelaufenen Berichten das Heufieber in Folge der verspäteten Grasblüte im Jahre 1902 überall 14 Tage später auftrat, und dass es sich nicht um eine eingebildete Krankheit handelt, sondern um eine Idiosynkrasie einzelner Personen gegen ein in den Pollen der Gramineen enthaltenes Gift. Bei Kranken, bei denen das Heufieber mit anderen Krankheiten, Gicht, Catarrhen aller Art und Circulationsstörungen verbunden ist, müssen vor Beginn des Heufiebers die entsprechenden Curen, Bade- und Trinkcuren angewandt werden. Alkohol und Tabak sind möglichst zu vermeiden; zu empfehlen sind: Abhärtung des Körpers durch Luft, kalte Waschungen, Aufenthalt in kühlen Räumen bei festgeschlossenen Fenstern; local kühle Augenwaschungen, Einträufeln von Cocain, Eucain, Holococain, Adrenalin ins Auge und in die Nase; Spülungen der Nase mit schwachen lauwarmen Kochsalzlösungen, Verschliessen der Nase mit Watte, Menthol- oder Formanwatte, Tragen gefärbter Gläser, am Besten in einem Klemmer; innerlich Chinin, gegen Asthma Jod, Räucherpulver, Aufenthalt in Helgoland. SCHECH.

48) **Sir Felix Semon. Eindrücke über die Wiksamkeit von Prof. Dunbar's Antitoxin bei Heufieber. (Impressions of the efficiency of Professor Dunbar's Antitoxin in hay fever.)** *Brit. Med. Journal. 18. Juli 1903.*

Zwei Gründe haben das Erscheinen dieser Veröffentlichung, die als Fortsetzung der bereits früher über denselben Gegenstand vom Verf. veröffentlichten Arbeiten anzusehen ist, verzögert: Erstlich sind in diesem Jahr wegen des ungewöhnlich kalten Wetters in London die Henfieberanfälle später aufgetreten als sonst und bei sehr vielen so leicht, quasi abortiv, verlaufen, dass die Anwendung des Antitoxins unter solchen Umständen leicht zu irrigen Schlussfolgerungen hätte führen können. Der zweite gewichtigere Grund, der den Verf. vor früherer Veröffentlichung abgehalten hat, ist der, dass es ihm ungemein schwer war, über die Wirkung des Antitoxins ein abschliessendes Urtheil zu gewinnen. Er hat daher für vorliegenden Aufsatz den Titel „Eindrücke“ gewählt, um nichts zu praejudiciren, weil er nicht für ausgeschlossen hält, dass weitere Untersuchungen das Endurtheil zu Gunsten oder Ungunsten der neuen Therapie verschieben können.

Verf. hat seine „Eindrücke“ in 8 von ihm selbst behandelten Fällen gesammelt. Er hatte bei Prof. Dunbar und Dr. Prausnitz angefragt, ob sich nicht die Heufieberanfälle durch subcutane Seruminjectionen coupiren liessen. Letzterer rieth davon ab, weil man nach den subcutanen Injectionen bei einigen Hamburger Patienten Röthung, Schwellung des Armes, sowie einige Tage andauerndes Erythem und Urticaria gesehen habe. Auch Dunbar bestätigte diese unangenehmen Folgeerscheinungen. Für Semon ergab sich daraus die Annahme, dass in dem bisher benutzten Serum noch irgend welche septische oder toxische Bestandtheile enthalten sind, auf die jene nach subcutanen Injectionen beobachteten Symptome zurückzuführen seien. Dass diese Erscheinungen mit der specifischen antitoxischen Substanz des Serums nichts zu thun haben und dass die Ausschaltung der Bestandtheile, durch die diese Erscheinungen verursacht werden, die specifische Wirkung des Serums nicht beeinträchtigen würde, giebt Dunbar selbst in seiner Publication an. Der Gehalt des Serums an nicht definirten toxischen Stoffen ist der Grund, weshalb sich S. ursprünglich scheute, das Mittel Laien in die Hand zu geben, und weshalb er es vorgezogen hat, in allen seinen Fällen die Behandlung persönlich vorzunehmen.

Mit der Behandlung wurde in jedem Fall begonnen, sobald die ersten Anzeichen des Anfalls sich zeigten; es wurden dann ein oder zwei Tropfen des Antitoxins mit einer dünnen Pipette in das Auge oder in die Nase geträufelt. S. fasst die Eindrücke, die er in seinen 8 Fällen gewonnen, dahin zusammen, dass er sagt: „wie aus der Natur der Krankheit, bei der während der kritischen Zeit eine fast sonstante Reinfection erfolgt, und wie auch aus meinen früheren experimentellen Arbeiten hervorgeht, ist das Mittel in der jetzigen Form seiner Anwendung kein Heilmittel in dem Sinne, dass man erwarten könne, seine einmalige Anwendung genüge, um die Krankheit nicht zum Ausbruch kommen zu lassen oder für längere Zeit zu heilen. Ob mit weiterer Vervollkommnung des Serums und Ausschaltung seiner Nebenwirkungen dieses Desiderat in Erfüllung gehen werde, bleibt abzuwarten. Sicher ist, dass gegenwärtig das Serum diese Aufgabe nicht erfülle“.

In einigen seiner Fälle jedoch verzeichnet S. als Wirkung der Instillation von einen Tropfen Serum ins Auge und von zwei Tropfen in die Nase, dass der Anfall, der in vier bis 5 Stunden aufgetreten wäre, coupirt wurde. In zweien der Fälle war der Erfolg ein so evidenter, dass Auto-Suggestion nicht in Frage kommen konnte. Unglücklicherweise versagte aber das Mittel auch in diesen Fällen bisweilen gänzlich. War der Anfall zur vollen Ausbildung gekommen, so sah S. von der Serumtherapie keinen besonderen Erfolg; nur gaben alle Patienten an, dass das Reizgefühl im Auge nach der Einträuflung auf verschieden lange Zeit nachliess.

Die hauptsächlichste Anwendbarkeit des Serums ergiebt sich nach L. daraus, dass es für einige Stunden den Ausbruch des Anfalls hinausschiebt. Wenn weitere Versuche ergeben, dass häufig und längere Zeit fortgesetzte Anwendung des Mittels seine Wirksamkeit nicht abschwächen, noch unangenehme Nebenwirkungen daraus resultiren, so ist Verf. geneigt, das Serum gern als eine werthvolle Bereicherung unserer Heufiebertherapie zu begrüssen. JAMES DONELAN.

49) P. Mc. Bride (Edinburgh). **Experimente mit Dunbar's Heufieber-Toxin und -Antitoxin. (Experiments with Dunbar's hay-fever toxine and antitoxine.)** *Edinburgh Med. Journal. Juli 1903.*

Verf. hat die von Dunbar und Semon gemachten Untersuchungen wiederholt mit dem Ergebniss, dass von seinen vier Heufieberkranken, denen er einen Tropfen des Dunbar'schen Toxins in das Auge tröpfelte, drei reagirten. Bei dem Patienten, bei dem der Versuch negativ ausfiel, konnte die Anamnese keine Heufieberfälle in der Familie nachweisen, bei den andern drei war dies der Fall; ferner litt dieser Patient im Gegensatz zu den andern drei auch an heufieberähnlichen Symptomen im Winter. Wurden bei den für Heufieber empfindlichen Individuen gleiche Portionen Toxin und Antitoxin gleichzeitig in das Auge geträufelt, so blieb jede Wirkung aus, indem jenes wahrscheinlich von diesem neutralisirt wurde. Bei Individuen, die nicht an Heufieber litten, hatte, wie Controlversuche ergaben, das Toxin keinerlei Wirkung. A. LOGAN TURNER.

50) Emil Mayer. **Ursache und specifische Behandlung des Heufiebers; eine vorläufige Mittheilung über die Anwendung von Dunbar's Toxin und Antitoxin. (The cause and specific treatment of the hay fever; a preliminary report on the uses of the toxines and antitoxines of professor Dunbar.)** *N. Y. Medical Journal. 8. August 1903.*

Verf. hat als erster in Amerika Versuche mit dem Dunbar'schen Toxin und Antitoxin gemacht und zwar sowohl beim Frühlings- wie beim Herbstkatarrh. In jedem Fall hat er eine nicht für Heufieber empfängliche Person als Controlperson benutzt. Ein Tropfen des Serums ist im Stande, zwanzig Tropfen des Toxins zu neutralisiren. Er beobachtete dieselben Reactionen, wie Dunbar und dessen Nachprüfer. In den Fällen von Herbstkatarrh blieb jeder Erfolg aus, während die Fälle von Frühlingskatarrh prompt reagirten; Verf. sieht darin einen Beweis für die Identität von Frühlingskatarrh und Heufieber. LEFFERTS.

51) **Philip G. Borrowman. Bericht über einige Versuche mit Prof. Dunbar's Heufieber-Antitoxinserum. (Note on some experiments with professor Dunbar's hay fever antitoxin serum.)** *Scott. Med. and Surg. Journal. September 1903.*

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen er das Dunbar'sche Serum angewandt hat; der eine der beiden Patienten war er selbst. Er ist der Ansicht, dass die conjunctivale Reizung vermindert wird und dass die Intervalle zwischen den Anfällen länger werden. Sein Patient gab an, dass die Einträufelung des Serums in das Auge ihm grössere Erleichterung verschafft, als die 2 proc. Cocainlösung, die er sonst zu gebrauchen gewohnt war. Was ihn selbst betrifft, so giebt Verf. an, dass, als er am 5. Juni einen Anfall hatte, er mehr Erleichterung von der Einträufelung einer 5 proc. Eucainlösung in das linke Auge, als von einer Serumeinträufelung in das rechte Auge hatte.

Verf. hält die subcutanen Injectionen für günstig wirkend. In jedem Fall litt er in diesem Jahr weniger an Heufieber als in den früheren Jahren. Die subcutanen Injectionen machen erhebliche locale Beschwerden: die Umgebung der Injectionsstelle wird roth, schmerzhaft und schwillt an. A. LOGAN TURNER.

52) **Holbrock Curtis. Deformation infolge Paraffininjection. (Deformity from the injection of paraffin.)** *Laryngoscope. April 1903.*

C. stellt eine junge Dame vor, die sehnlichst von einer durch Paraffininjection hervorgerufenen Entstellung befreit zu werden wünscht. Die Injection war vorgenommen worden zur Correction einer sehr geringen Einsenkung an der Nase. Das Paraffin war seitlich ausgewichen und hatte zwei Anschwellungen zur Seite der Nase am Auge gebildet. Ein Mittel zur Wiederentfernung des Paraffins liess sich nicht ausfindig machen. EMIL MAYER.

53) **A. Brady** (Sidney). **Deformität der Nase nach Paraffininjection. (Deformity of the nose following injection of paraffin.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1903.*

Vor 6 Monaten wurde die Paraffininjection gemacht. Es resultirte aus ihr ein sehr entstellender knopfartiger Höcker auf dem Nasenrücken, auf dem stark erweiterte Venen verliefen. Zur Beseitigung dieser Entstellung machte B. eine Incision; es fand sich kein Paraffin vor, wohl aber ein festes ausgebildetes Gewebe von fibro-cartilaginöser Consistenz. Dieses wurde mit schneidender Zange und scharfem Löffel entfernt, was in Folge seiner Härte ziemlich schwer war.

AUTOREFERAT.

54) **Hallopeau** (Paris). **Unzuträglichkeiten der Paraffininjectionen. (Inconvénients des injections de paraffin.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. 2. Juli 1903.*

H. weist auf die möglicherweise nach Paraffininjectionen auftretenden Schädigungen hin. Er stellt einen Patienten vor, bei welchem, anstatt dass eine Correction der vorhandenen Sattelnase eingetreten wäre, in Folge der Paraffineinspritzung zwei bucklige Hervorwölbungen jederseits neben der Nase entstanden sind, die eine arge Entstellung bedingen. PAUL RAUGÉ.

55) **Hurel und Holden. Ein Fall von Erblindung nach Paraffininjectionen in die Nase. (A case of blindness following a paraffin injection into the nose.)** *N. Y. Medical Record. 11. Juli 1903.*

Der Patient, über den Verff. berichten, hatte bereits vor 6 Monaten 2 Injectionen mit Paraffin erhalten; die Resultate waren so ermuthigend gewesen, dass er auf weitere Behandlung drang. Bei der letzten Injection war die Injectionsmasse so gewählt worden, dass ein Paraffin von 55° Schmelzpunkt mit gewöhnlichem weissen Vaselin gemischt worden war, wodurch sich der Schmelzpunkt auf ungefähr 45° erniedrigte. Zufällig wurde bei der Injection eine Vene getroffen, und so gelangte das Paraffin in den Blutkreislauf. Verff. geben eine Beschreibung des Augenspiegelbildes. Alle Bemühungen, etwas gegen die totale Amaurose auszurichten, erwiesen sich als erfolglos. Ueber den Weg, den der Embolus genommen hat, besteht keine völlige Klarheit. Dr. Evans hat auf die Möglichkeit hingewiesen, dass ein Offenbleiben des Foramen ovale vorliegen könne und so der Embolus nicht in den Lungenkreislauf gelange. LEFFERTS.

56) **Herausgebernotiz. Die Gefahren der Paraffininjectionen. (The dangers of paraffin injections.)** *International Journal of Surgery. September 1903.*

Abgesehen von der Gefahr einer Verstopfung des Duct. lacrymalis und von Embolieen besteht auch die Möglichkeit einer Hautgangrän, besonders wenn die Temperatur des Paraffins zu heiss war. EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

57) **Bloch** (Freiburg). **Der hohe Gaumen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkde. Bd. XLIV. 1903.*

Der hohe Gaumen der Autoren ist ein durch Schätzung nach dem Augenmaass entstandener Begriff, er hat mit dem Siebenmann'schen Instrument gemessen einen Höhenbreitenindex von $>58,0$, bei Kindern von $>50,0$. Bei habitueller Mundathmung von Jugend auf zeigt der Gaumen Erwachsener einen durchschnittlichen Index von 64,2, während der durchschnittliche Gaumenindex erwachsener Nasenathmer nur 53,0 beträgt. Der Gaumen besitzt also bei habitueller Mundathmung eine beträchtlich grössere Höhe, als bei normal Athmenden. Kinder mit Mundathmung haben ebenfalls einen höheren Gaumen als solche mit normaler Athmung, doch ist der Unterschied noch nicht so ausgesprochen, wie bei Erwachsenen. SEIFERT.

58) **S. Erben** (Wien). **Gaumenlähmung.** *Wien. klin. Rundschau. No. 16. 1902.*

Beschreibung eines Falles, in welchem offenbar im Anschlusse an eine Angina eine isolirte Lähmung des Musculus palatopharyngeus bestand, so dass beim Erheben des Gaumensegels der Zug des Abwärtsziehers ausfiel und somit die gleichmässige Innervation der beiderseitigen Aufwärtszieher und -Spanner an der gelähmten Seite einen grösseren Effect im Emporziehen bewirkte. CHIARI.

59) A. Buisseret. **Heisser Gaumenabscess und Septicämie infolge eines unglücklichen Versuchs einer Zahnextraction. (Abcès chaud de la voûte palatine et septicémie consécutives à une malheureuse tentative d'extraction dentaire.)** *Le Scalpel. No. 9. 1902.*

B. berichtet über einen Kranken, welcher in Folge eines unglücklichen Zahnextractionsversuchs einen grossen Gaumenabscess mit Lymphdrüseninfiltration und Symptome einer Allgemeininfection bei sich auftreten sah. Die Incision des Abscesses und Extraction der Zahnwurzel führte zur Heilung. Bei dieser Gelegenheit giebt der Autor den Rathschlag, solche Abscesse in der Mitte des Gaumens zu eröffnen, um eine Verletzung der Art. palat. poster. zu vermeiden.

BAYER.

60) Alex. H. Ferguson. **Eine Uranostaphylorrhaphie, für gewisse Bedingungen passend. (A uranostaphylorrhaphy suitable for certain conditions.)** *Annals of Surgery. October 1902.*

Die Methode eignet sich für die Fälle von sogenannter Spitzbogenform des Gaumens.

EMIL MAYER.

61) S. R. Hopkins. **Moderne Chirurgie der angeborenen Gaumenspalte. (Modern surgery of congenital cleft-palate.)** *Illinois Medical Journal. August 1903.*

Verf. hat die Operation nach Brophy vorgenommen und befindet sich mit diesem nicht in Uebereinstimmung darin, dass die Methode nur anwendbar sei bei Kindern unter 6 Monaten. Er hält sie für die Operation der Wahl bei Kindern mit abnorm weiten Kiefern bis zum Alter von 18 Monaten. Er berichtet über zwei mit Erfolg so operirte Fälle, von denen der eine 11, der andere 14 Monate alt ist.

EMIL MAYER.

62) Jalaquier. **Wiederherstellung des Gaumengewölbes nach Kieferresection. (Restauration de la voûte palatine après résection du maxillaire.)** *Société de chirurgie. 10. Juni 1903.*

Bei einem 19jährigen Mädchen, bei dem wegen Sarkoms die Resection des linken Oberkiefers gemacht worden war, stellte Verf. ein Gaumengewölbe derart wieder her, dass er die ganze Mucosa und Submucosa, die gesund geblieben war, ablöste, einen an der gesunden Seite und dem Gaumensegel adhärenten Lappen bildete und diesen an der Innenseite der Wange annähte, so dass der Abschluss von Mund- und Nasenhöhle wieder hergestellt wurde.

Das Resultat ist ausgezeichnet, sowohl in ästhetischer wie functioneller Beziehung. Articulation und Phonation sind ungestört und eine Prothese ist völlig unnöthig.

PAUL RAUGÉ.

63) C. Chauveau. **Vergleichende Pathologie des Rachens. (Pathologie comparée du pharynx.)** *Paris 1902.*

Den Inhalt dieser Publication bildet die vergleichende allgemeine Pathologie der Säugethiere, mit Ausnahme der Diphtherie. Nach einer detaillirten Studie über die Art der Vergleichung des Pharynx bei den verschiedenen Säugethieren

giebt Verf. einen Ueberblick über die verschiedenen Rachenaffectionen bei den einzelnen Arten und über die Vergleichsmomente mit ähnlichen Erkrankungen beim Menschen.

A. CARTAZ.

64) **Escat. Behandlung der chronischen hypertrophischen katarrhalischen Pharyngitis durch netzförmige Scarificationen. (Traitement de la pharyngite catarrhale hypertrophique chronique par les scarifications reticulées.)** *Archiv. Internat. de Laryngol. etc. 1903.*

Verf. bedient sich eines Scarificators, der aus 8 in einer Linie in Abständen von 2 mm angeordneten Lamellen zusammengesetzt ist.

E. J. MOURE.

65) **Jemma. Primäre Gangrän des Rachens. (Gangrena primitiva del faringe.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. Heft 1—2. 1903.*

Der mitgetheilte Fall betrifft ein 11jähriges Mädchen. Als es Verf. zuerst sah — 10 Tage nach Beginn der Erkrankung — war Patientin in schlechtem Allgemeinzustand, hatte 39° Fieber. Rachenwand, Gaumenbögen und Uvula waren geröthet, die linke Tonsille war geschwollen und zeigte eine kleine, von einem grau-schwarzen, fast $^2/_3$ der Tonsille einnehmenden Hof umgebene Ulceration. Die Submaxillardrüsen links etwas geschwollen. Sensorium etwas benommen; häufig Epistaxis und Erbrechen; auf dem Thorax hämorrhagische Papeln. Urin frei. Mit zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes verbreitet in den nächsten Tagen sich die Gangrän von der linken Tonsille auf den Gaumenbogen, die Uvula und die rechte Tonsille. Es besteht ein geradezu unerträglicher Foetor. Zehn Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus erfolgt unter Collaps der Tod.

Was das Ergebniss der vom Verf. während der Krankheit vorgenommenen bakteriologischen Untersuchungen anbetrifft, so hat er den Loeffler'schen Bacillus niemals angetroffen, dagegen isolirte Kokken und grosse Diplokokken, Leptothrix in grosser Menge und seltene Formen von Streptokokken. Das Culturverfahren ergab Staphylococcus albus und seltene Colonien von Streptokokken. Impfversuche mit den gefundenen Mikroorganismen waren negativ.

FINDER.

66) **Philip de Santi** (London). **Bericht über vier Fälle von acuter septischer Entzündung des Halses mit bakteriologischer Untersuchung. (A report on four cases of acute septic inflammation of the throat with bacteriological examination.)** *Brit. medical Journal. 14. Februar 1903. Transact. of Royal Medical and Chirurgical Society.*

Diese Mittheilung kann als eine Ergänzung betrachtet werden zu der, die Sir Felix Semon im Jahre 1895 derselben Gesellschaft über die wahrscheinliche pathologische Identität der verschiedenen Formen von septischer Halsentzündung machte. De Santi hat in seinen vier Fällen bakteriologische Untersuchungen angestellt und in allen vier Fällen den Streptococcus pyogenes gefunden.

Die Fälle sind folgende:

a) Fall von Hauterysipel, das sich auf den Rachen ausdehnte bei einem Manne, der in Reconvalescenz nach einer Mastoidoperation sich befand. Es wur-

den Injectionen mit Antistreptokokkenserum mit glücklichem Erfolge gemacht; am 5. Tage war der Hals normal.

b) Mann mit intensiver Röthung und Schwellung der rechten Tonsille, des Velum, der Uvula und hinterer Pharynxwand. Fieber von 40°. Pat. entzog sich der Behandlung.

c) Mann, bei dem seit 2 Tagen Röthung und Schwellung des Gaumensegels und der Pharynxwand, sowie Oedem der linken ary-epiglottischen Falte besteht. Gangrän der Uvula. Injection von Antistreptokokkenserum; Heilung.

d) Acute Pharyngitis; im Anschluss daran Septicaemie, Pericarditis und tiefgreifende Drüsenentzündung. Trotz des anscheinend hoffnungslosen Zustandes, in dem sich Pat. befand, trat nach Einleitung der Antistreptokokken-Serumtherapie Heilung ein.

Semon hatte 1895 selbst vier Einwürfe aufgezählt, die man gegen seine Ansicht von der pathologischen Identität der septischen Halsentzündung erheben könne, nämlich:

1. Es wäre kein Beweis dafür vorhanden, dass die milderen von ihm aufgeführten Fälle wirklich septischen Ursprungs wären.

Dagegen kann De Santi seine Fälle No. a und b als gleichfalls milde verlaufende anführen, in denen doch die bakteriologische Untersuchung den Streptococcus pyogenes ergeben hat.

2. Es könne die verschiedene primäre Localisation gegen die Identität der Fälle geltend gemacht werden.

In den Fällen De Santi's war die primäre Localisation zweimal auf der hinteren Rachenwand, einmal auf der Tonsille und einmal auf der Uvula, und doch erwiesen sich alle vier Fälle durch die bakteriologische Untersuchung als identisch.

3. Auch könnten die Variationen in der Fiebercurve für eine Verschiedenartigkeit der Processe sprechen.

Auch in De Santi's Fällen war der Fieberverlauf ein durchaus verschiedener.

4. Auch könne die Thatsache, dass das Exsudat bisweilen serösen, bisweilen eitrigen Charakters sei, gegen die Identität angeführt werden.

De Santi erinnert dem gegenüber an Marmoreck's Experimente, aus denen hervorgeht, dass die Infection desselben Streptococcus. je nach seinem Virulenzgrad, die verschiedensten klinischen Symptome, von einer leichten Röthung bis zur Eiterung, im Gefolge haben kann.

Verf. befindet sich also in vollster Uebereinstimmung mit Semon betreffs der Identität dieser Fälle.

Bezüglich der Behandlung räth Verf. zu sofortigen Injectionen mit Antistreptoccusserum; in den drei von ihm so behandelten Fällen waren die Resultate ausgezeichnet. Diese Behandlung soll nur nach positivem Ausfall der bakteriologischen Untersuchung Platz greifen. Zur Unterstützung giebt er innerlich Liq. ferri perchlorat.; ferner wirkt die Scarification günstig.

de Havilland Hall sagt, dass erst die bakteriologische Untersuchung die Identität dieser Fälle ganz sicher gemacht habe, die vorher nicht bewiesen werden konnte.

Duckworth hat sich des Antistreptokokkenserum bedient und niemals irgend welche unangenehmen Folgen davon gesehen.

Waggett führt einen weiteren Fall an, in welchem im Eiter einer Halsphlegmone, die mit starkem Oedem und Röthung des Rachens und der Trachea einherging, Streptococcus pyogenes in Reincultur gefunden wurde. Typisch war in dem Fall die Rapidität des Verlaufs. Diese Form der Erkrankung befällt mit Vorliebe Männer in den mittleren Jahren, die sich der besten Gesundheit erfreuen, woraus hervorgeht, dass es sich nur um die Virulenz des infectiösen Agens und nicht um mangelnde Widerstandsfähigkeit des Individuums handelt. Von besonderer Bedeutung im Hinblick auf die Gefahr eines sich schnell entwickelnden Larynxödems ist die frühzeitige Entleerung des Eiters.

Dundas Grant macht auf die Gefahr allgemeiner Sepsis bei diesen Fällen aufmerksam, auch wo die Erscheinungen im Hals verhältnissmässig gering sind. Er beschreibt einen solchen Fall. Auch in zweifelhaften Fällen soll frühzeitig mit Antistreptokokkenserum-Behandlung begonnen werden.

Poyuton hält es für zweifelhaft, ob der beschriebene Mikroorganismus in der That Streptococcus pyogenes ist oder ob eine Abart desselben angenommen werden muss. Es werden einige interessante Versuche über die specifische Toxicität der Streptokokken mitgetheilt.

Sir Felix Semon betont seinen bereits 1895 ausgedrückten Standpunkt, dass es unmöglich ist, zwischen den verschiedenen Formen der acuten septischen Halsentzündung eine scharfe Grenze zu ziehen.

Er hat seitdem 5 weitere Fälle gesehen: in einem ist eine bleibende Verschlechterung der Gesundheit zurückgeblieben, in zwei anderen erfolgte tödtlicher Ausgang nach der Tracheotomie, in einem vierten, in dem Symptome allgemeiner Toxaemie sich zeigten, wurde die Transfusion vorgenommen; nichtsdestoweniger starb die Patientin; im fünften wurde der Streptococcus pyogenes gefunden, Antistreptokokkenserum eingespritzt und nach langer Krankheit schliesslich Heilung erzielt. S. räth ebenfalls, in jedem Fall sofort mit der Serumtherapie zu beginnen.

E. B. WAGGETT.

67) **V. L. Letbetter. Membranöse und ulceröse Streptokokken-Pharyngitis. (Membranous and ulcerative pharyngitis of streptococcus origin.)** *Laryngoscope. April 1903.*

Nichts von Bedeutung.

EMIL MAYER.

68) **Schwartz** (Paris). **Temporäre Gastrotomie, um die Vernarbung eines widerspenstigen Pharynxgeschwürs zu erzielen. (Gastrotomie temporaire pour permettre la cicatrisation d'une ulcération rebelle du pharynx.)** *Société de Chirurgie. 22. April 1903.*

Es handelte sich um eine Ulceration, die für tuberlöser Natur gehalten und dadurch zur Heilung gebracht wurde, dass durch Anlegung einer Magenfistel, die zwei Monate offen gehalten wurde, die Geschwürsfläche vor Berührung mit der Nahrung geschützt wurde.

PAUL RAUGÉ.

69) **E. Baumgarten. Aneurysma der Art. pharyng. ascendens.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 7. 1903.*

42jährige Frau mit pulsirender Hervorwölbung der rechten seitlichen Rachenwand in der Ausdehnung vom Zungengrund bis zum Ende des ersten Drittels des Nasenrachenraums; die Hervorwölbung ist bei verschiedenen Lagen des Kopfes verschieden gross und ist bei starkem Fingerdruck zum Verschwinden zu bringen, während sie bei leisem Auflegen des Fingers stark pulsirend befunden wird.

SCHECH.

70) **Pauli** (Wien). **Bemerkenswerther Fall eines Aneurysma.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte. Sitzung am 29. Mai 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 23. 1903.*

Es handelt sich wahrscheinlich um ein Aneurysma der Art. anonyma und Aorta ascendens, sowie um ein zweites Aneurysma eines grossen Halsgefässes, das als pulsirender Tumor die hintere Pharynxwand mit der Epiglottis in Berührung bringt. Weniger wahrscheinlich ist eine Möglichkeit des Vordringens des Aneurysma aus der Brust längs des Halses. Die Laryngoskopie war wegen des Tumors nicht ausführbar.

P. S. Die Obduction bestätigte die Annahme des Vorhandenseins zweier Aneurysmen.

CHIARI-HANSZEL.

71) **Quénu** (Paris). **Seitliche Pharyngotomie zur Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Pharynx. (Pharyngotomie latérale pour extraction d'un corps étranger du pharynx.)** *Société de Chirurgie. 22. April 1903.*

Es handelte sich um ein Gebiss, das auf natürlichem Wege sich nicht extrahiren liess. Die seitliche Pharyngotomie wurde parallel mit und ein wenig oberhalb des Zungenbeins ausgeführt; dann wurde die Naht des Pharynx gemacht und oberflächlich drainirt. Es erfolgte schnelle Vernarbung.

PAUL RAUGÉ.

72) **Pierce J. Candee. Ein Geschoss im Hals zwei Jahre nach der Verwundung. (A bullet in the throat two years after infliction of wound.)** *American Medicine. 11. Juli 1903.*

Patientin klagte über Halsschmerzen. Bei der Untersuchung fand man an der Tonsille eine Ulceration, die den Eindruck einer specifischen machte. Bei der Sondirung fühlte man einen harten Körper, und es stellte sich nun heraus, dass es sich um eine Kugel handelte, die Patientin vor 2 Jahren auf sich abgeschossen hatte. Sie hatte geglaubt, sie wäre durch den Mund gegangen.

EMIL MAYER.

73) **Eeman** (Gent). **Tumor des Hypopharynx. (Tumeur de l'hypopharynx.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Otologie, de Laryngol. et de Rhinol. p. 47. 1903.*

70jähriger Mann mit einem enormen den Larynx obturirenden Tumor vom Charakter eines Fibroma sarcomatodes, der in der Reg. arytaenoid. inserirt zu sein schien. Bei der stückweisen Entfernung desselben mit der galvanokaustischen Schlinge zeigt er sich von der linken Pharynxwand in der Höhe des Lig. aryepiglott. ausgehend; er war durch sein eigenes Gewicht gestielt geworden. Die von Prof. Van Duyse vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab ein „altes in Carcinom umgewandeltes Fibrom".

BAYER.

d. Diphtherie und Croup.

74) **C. Champion. Ein Bericht über 43 Fälle von Diphtherie. (A report on 43 cases of diphtheria.)** *Lancet. 29. Juli 1902.*

In 39 Fällen wurde tracheotomirt; davon starben 10. Local wurde 1proc. Carbolsäure gebraucht. Im Beginn wurden 6000—8000 Immunitäts-Einheiten Serum injicirt.

ADOLPH BRONNER.

75) **Samuel A. Visanska Membranöser Croup oder Larynxdiphtherie. (Membraneous croup or diphtheric laryngitis.)** *Therapeutic Gazette. 15. August 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

76) **A. Delcourt. Diphtheritis mit Croup bei einem 2jährigen Kinde; 12 Tage lange Intubation; Secundärtracheotomie; Cyste an der Zungenbasis; Entfernung des Tumors; Heilung. (Diphtérie avec croup chez un enfant de 2 ans; Intubation prolongée pendant douze jours. Trachéotomie secondaire. Tumeur kystique de la base de la langue. Ablation de la tumeur. Guérison.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 19. 1902.*

Der Titel besagt den Inhalt. Der Fall beweist, dass ein kleiner in der Nachbarschaft der Epiglottis gelegener Tumor durch seine Lage ein bedeutendes Hinderniss für die Wiederherstellung der normalen Athmung nach Entfernung des Tubus bilden kann. Das Hinderniss ist in diesen Fällen nicht so sehr dem eigentlichen Volumen des Tumors, als den Circulations- und Nervenstörungen zuzuschreiben, welche durch die von dem Tumor auf die benachbarten Theile ausgeübte Compression hervorgerufen werden.

BAYER.

77) **Delcourt. Diphtherischer Croup bei einem 5jährigen Kinde; 284 Stunden dauernde Larynxintubation. Heilung. (Croup diphtérique chez un enfant de 5 ans; Intubation du larynx prolongée pendant deux cent quatre-vingt-quatre heures. Guérison.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 30. 1902.*

Es kann keine bestimmte Grenze für die Dauer der Intubation angegeben werden. Die klinische Untersuchung allein hat zu entscheiden, wann der Augenblick zur Extubation gekommen und die Secundär-Tracheotomie vorzunehmen ist. Uebrigens sind die Symptome der Intoleranz des Kehlkopfs für den Tubus leicht zu erkennen. Der Autor führt einen Fall an, in welchem er die Intubation 284 Stunden lang hinzog, und die Genugthuung hatte, seinen Kranken genesen zu sehen.

BAYER.

78) **Jaumenne. Ueber zwei Fälle von diphtherischer Laryngitis beim Erwachsenen. (A propos de deux cas de laryngite diphtérique chez l'adulte.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 23. 1902.*

Zwei gutartige Fälle von Kehlkopfdiphtheritis, bei welchen der Löffler'sche Bacillus bacteriologisch nachgewiesen wurde.

Bei solchen Fällen von günstiger Prognose ist eine frühzeitige Diagnose von grosser Wichtigkeit nicht nur aus therapeutischen, sondern auch aus socialen

Rücksichten, weil der Löffler'sche Bacillus vermöge seiner grossen Dauerhaftigkeit leicht auf andere empfängliche Personen, ganz besonders auf Kinder übertragen werden kann. Nur die laryngoskopische Untersuchung wird in verdächtigen Fällen eine klinische Diagnose ermöglichen. BAYER.

79) **J. Steinhardt. Zur Diagnostik der diphtherischen Larynxstenose.** (Nach einem Vortrage in der Nürnberger med. Gesellsch., 21. November 1901.) *Wien. klin. Rundschau. No. 38. 1902.*

Als für diphtherische Kehlkopfstenosen charakteristisch nennt St. Heiserkeit und Crouphusten bei gleichzeitig bestehenden stärkeren Einziehungen des Thorax. Bei im Verlaufe eines Scharlachs auftretenden Larynxstenosen ist Heiserkeit und Crouphusten äusserst selten. — Gelegentlich der Besprechung der Differentialdiagnose der diphtherischen Larynxstenosen gegen acuten Retropharyngealabscess wird erwähnt, dass für letztere ein eigenthümliches Flattergeräusch bei der Respiration bezeichnend ist. Bei Stenosen in Folge von Laryngitis subglottica sei der Verlauf ein milderer, beim sog. „inspiratorischen Stridor der Neugeborenen", wofür eine Vergrösserung der Thymus mit Trachealcompression ursächlich angenommen wird, treten ebenfalls die Stenoseerscheinungen weniger stürmisch auf wie bei Diphtherie. —

(Die schon so oft betonte Schwierigkeit in der Differentialdiagnose einer diphtherischen Larynxstenose und einer solchen in Folge von Fremdkörpern bei Kindern hätte erwähnt werden sollen. Ref.) CHIARI-HANZEL.

80) **Kisselbach** (Altdorf). **Zum Aspirationsverfahren bei descendirendem Croup tracheotomirter Diphtheriekranker.** *Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 16. 1902.*

K. wandte bei einem 5jährigen Knaben, der wegen Croup mit Rachendiphtherie tracheotomirt worden war, aber bei dem sich schon 2 mal 24 Stunden nachher wieder Dyspnoe bis zur asphyktischen Bewusstlosigkeit und nahe bevorstehendem Exitus entwickelte, die Aspiration an. Er befestigte an der Spitze einer starken Wundspritze einen weichen elastischen Katheter mit abgerissenen Enden und führte ihn durch die Trachealöffnung tief hinunter in die Trachea. Dann liess er durch die Assistenz den Stempel kräftig zurückziehen. An dem herausgezogenen Katheter hing an seinem unteren Ende eine 2 cm langer, $^1/_2$ cm durchmessender Fribrinpfropf von cylindrischer Form, von dem ein Theil in das Katheterrohr hineingesogen war. Der Knabe erholte sich rasch und genas. Verf. schreibt diesen günstigen Erfolg eines Theils der Lage des Pfropfes zu, der wahrscheinlich im linken Bronchus steckte und aus diesem herausragend den rechten Bronchus klappenartig verlegte; andern Theils der Serumtherapie, welche die leichte Lösbarkeit des Pfropfes bewirkt haben mochte, aber etwas spät angewandt worden war, sodass sie nicht mehr den ganzen Croupprocess hatte verhüten können. Verf. zieht aus diesem Fall keine weiteren Schlüsse, würde aber bei ähnlicher Gelegenheit bei tracheotomirten Patienten das Verfahren unbedingt wieder versuchen. (Der Ref. ebenfalls.) JONQUIÈRE.

81) **Schoeller** (Budapest). **Zweimaliges Auftreten von Laryngitis crouposa innerhalb 5 Wochen.** *Jahrbuch f. Kinderheilkde. 58. Bd. 1. H. 1903.*

Bei dem ersten Anfall von Laryngitis crouposa handelte es sich um Rachenkehlkopfdiphtherie, Intubation, Heilung. Nach 5 Wochen Erkrankung an Masern complicirt durch Nasendiphtherie und Kehlkopfcroup, diesem zweiten Anfalle erlag das Kind.

SEIFERT.

82) **Alfonso Montefusco. Beobachtungen über 203 Fälle von Croup und 80 Intubationen. (Osservazioni su 203 casi di croup e su 80 intubazioni.)** *Napoli. p. 117. 1903.*

Verf. hat an der von ihm geleiteten Abtheilung für Diphtheriekranke am Ospedale Cotugno in Neapel vom März 1902 bis Ende August 1903 203 Croupkranke behandelt, von denen 60 (29,5 pCt.) starben. Aus den klinischen Beobachtungen sei hervorgehoben, dass 65 mal Bronchopneumonie beobachtet wurde, von denen 33 (50,7 pCt.) starben, dass 11 mal Exitus in Folge Herzlähmung eintrat.

In einem besondeien Kapitel werden die pathologisch-anatomischen Befunde besprochen, die sich bei den Sectionen ergaben.

Zur Serumtherapie bediente sich Verf. sowohl des Behring'schen Serums wie des von Abba in Turin hergestellten. Das bei der Diphtherie erzielte Resultat war ein sehr günstiges: Die Mortalität bei den 217 mit Serum behandelten Kindern betrug nur 7,8 pCt. Zur Beurtheilung der Serumwirkung beim Croup beschränkt sich Verf. allein auf den Kehlkopfbefund bei der Section; sonstige Schlüsse will er wegen der Verschiedenartigkeit der Umstände, die beim Croup einen tödtlichen Ausgang herbeiführen können, nicht ziehen. Bei 23 Fällen, die in den ersten 24 Stunden nach der Injection gestorben waren und in denen das Serum noch keine Wirkung hatte entfalten können, fanden sich stets Croupmembranen im Kehlkopf, bei 15 nach späterer Zeit gestorbenen Fällen fanden sich nur in 7 Fällen Membranen, die zum Theil zerstört waren.

Von den 203 Croupkranken wurden 156 intubirt, in 80 Fällen hat Verf. die Intubation selbst gemacht. Von den 46 nicht intubirten Kranken starb keiner, bei den Intubirten betrug die Mortalität 26,5 pCt. Das jüngste intubirte Kind war 5 Monat alt; die grösste Zahl der bei einem Kind ausgeführten Intubationen betrug 54; die grösste Dauer der Intubation betrug in einem Fall 72 Tage. In 48 Fällen trat nach der Intubation Bronchopneumonie auf; 25 dieser Fälle endeten tödtlich. Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen nach der Intubation beobachteten Folgeerscheinungen; sodann erörtert er die verschiedenen Methoden und die Wahl des Zeitpunkts für die Extubation. Ferner giebt er die Geschichte eines Falles von peritracheo-laryngealem Abscess, wie ihn Massei zuerst beschrieben hat, bei dem die Intubation mit Erfolg ausgeführt wurde.

Was nun die Frage, wann die Intubation und wann die Tracheotomie zu bevorzugen ist, anbelangt, so lässt Verf. die primäre Tracheotomie nur zu, wenn alle Intubationsversuche fehlgeschlagen sind oder wenn die Tonsillen sehr gross sind und Diphtherie mit Verlegung der Nasenhöhlen besteht. In jedem anderen Fall soll zunächst die Intubation vorgenommen werden; sollte dann später die

Tracheotomie noch vorgenommen werden müssen, so kann sie jedenfalls mit viel grösserer Behutsamkeit und Ruhe ausgeführt werden. Und zwar bezeichnet Verf. folgende als die Fälle, in denen nach der Intubation tracheotomirt werden muss:

1. Wenn durch die Intubation die Athmung nicht gebessert wird, ist jedenfalls der Versuch mit der Tracheotomie gerechtfertigt.

2. Wenn sich der Tubus oft und plötzlich verstopft oder wenn man in der Trachea grosse Mengen Schleim oder Membranen vermuthet, die eine Verstopfung des Tubus herbeiführen könnten.

3. Wenn der Tubus oft hintereinander ausgestossen wird.

4. Wenn wegen mehr oder minder plötzlich auftretender Asphyxie der Tubus nicht entfernt werden kann.

5. Wenn ein Croup — diphtherisch oder nicht — in den ersten Tagen einer Masereruption ausbricht. In diesen Fällen muss man ohne Weiteres zur Tracheotomie schreiten, wenn zweimalige Intubation erfolglos geblieben ist.

FINDER.

83) **H. Fairbank. Intubation in Fällen von Larynxdiphtherie. (Intubation in cases of diphtheria laryngitis.)** *Lancet. 20. Juni 1903.*

Von 33 intubirten Fällen starben 9, davon einer während der Intubation. Die von O'Dwyer empfohlenen Tuben sind nach Ansicht des Verf.'s zu klein. Der Faden soll, solange der Tubus im Kehlkopf liegt, mit einem Pflaster an der Wange befestigt bleiben. Die Ernährung per os macht in den meisten Fällen keine Schwierigkeit, doch thut man gut, die Milch mit Arrowroot einzudicken. Jedoch ist in einigen Fällen die Nasenfütterung nöthig. Die Tuben sollten mindestens alle 24 Stunden zwecks Reinigung entfernt werden.

ADOLPH BRONNER.

84) **Edwin Rosenthal. Larynxdiphtherie mit Intubation behandelt. (Laryngeal diphtheria treated by intubation.)** *Archives of Pediatrics. Juni 1903.*

Seit Einführung der Serumtherapie ist auch die Anwendung der Intubation eine weit allgemeinere geworden. Ref. räth vor Einführung des Tubus einen Spray von Wasserstoffsuperoxyd zu benutzen; dieser wirkt sowohl antiseptisch als auch macht er den Weg schlüpfrig und erleichtert dadurch die Einführung des Tubus. Bei der Wahl der Grösse des Tubus lasse man sich nicht durch das Alter, sondern nur durch die Grösse des Kindes leiten.

EMIL MAYER.

85) **W. Mair. Ein Fall von Larynxdiphtherie; Tracheotomie; Tod nach 6 Wochen infolge Druck eines peritrachealen Abscesses. (A case of laryngeal diphtherie, tracheotomy, death 6 weeks later from pressure of an abscess surrounding the trachea.)** *Lancet. 11. Juli 1903.*

Der Fall betrifft ein 9 monatliches Kind, bei dem nach einem vergeblichen Versuch, zu intubiren, die Tracheotomie vorgenommen wurde, gleichzeitig wurde Antitoxin injicirt. Zunächst trat eine drei Tage anhaltende Besserung ein, dann wurde die Athmung wieder schlechter. Nach einigen Wochen, in denen der Zustand schwankte, trat Exitus ein. Bei der Section fand man die Trachea von einer grossen Abscesshöhle umgeben.

ADOLF BRONNER.

86) **Ch. G. Werley. Diphtherie mit und ohne Antitoxin. (Diphtheria with and without antitoxin.)** *Archives Pediatrics. October 1902.*

Wenn nach 12 Stunden keine Wirkung eintritt, erneuert V. die Injection und fährt damit fort, bis die Membranen verschwinden. EMIL MAYER.

87) **Frederick A. Packard** und **Robert N. Wilson. Der gegenwärtige Stand der Serumtherapie. (The present status of serum therapy.)** *American Journal of the medical sciences. December 1902.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

88) **Joseph O'Malley. Diphtherie-Antitoxin bei der infectiösen oder bakteriellen Bronchopneumonie des Kindesalters. (Diphtheria antitoxin in the infectious or bacterial bronchopneumonie of childhood.)** *N. Y. Medical Record. 24. Januar 1903.*

Verf. berichtet über 3 Fälle, in denen 8 bis 10 Stunden nach den Seruminjectionen lytische Lösung der Pneumonie eintrat und zwar handelte es sich um ungewöhnlich schwere Fälle. Verf. sieht in dem Serum „ein werthvolles Mittel bei jenen Bronchopneumonien, die so oft eine fatale Complication der auf bacterieller Grundlage beruhenden Kinderkrankheiten bilden, wie Masern, Influenza, Keuchhusten und Scharlach". LEFFERTS.

89) **Geo. B. Philhower. Specifische Behandlung der Diphtherie. (Specific treatment of diphtheria.)** *N. Y. Medical Record. 28. März 1903.*

Verf. ist ein begeisterter Anhänger der Serumtherapie. Er meint, das Serum soll gebraucht werden, wie ein chemisches Antidot bei einer Vergiftung d. h. seine Menge soll im Verhältniss stehen zu der Schwere der Infection. Die Dosen werden oft zu niedrig genommen. Für Tonsillardiphtherie sind durchschnittlich 2000, für Nasendiphtherie 4000—6000, für Kehlkopfdiphtherie 6000—10000 I.-E. erforderlich. Bei starker Drüsenschwellung sollen grosse Dosen (4000—6000 I.-E.) gegeben werden, da jene ein Symptom schwerer Vergiftung ist. In Boston hat man sogar 30000—40000 I.-E. mit gutem Resultat gebraucht. Vor Allem ist die möglichst frühzeitige Anwendung des Serums anzurathen. LEFFERTS.

90) **Walter H. Parcels. Diphtherie-Antitoxin. (Diphtheria antitoxin.)** *Pennsylvania Medical Journal. Mai 1903.*

Verf. hat in keinem Fall, der mit Antitoxin behandelt wurde, ernstliche Nasenblutungen gesehen, während er solche früher öfter — und darunter welche mit tödtlichem Ausgang — beobachtete. EMIL MAYER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

91) A. **Narath. Der Bronchialbaum der Säugethiere und des Menschen. Eine vergleichende anatomische und entwickelungsgeschichtliche Studie.** *Stuttgart, Nägele. 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

92) J. Fein. **Ueber die Verklebungen im embryonalen Kehlkopf.** (Vortrag, gehalten in der morphol.-physiol. Gesellschaft zu Wien.) *Centralbl. f. Physiol. No. 7. S. 207. 1903.*

Nachdem Roth und Kallius schon früher auf die im embryonalen Kehlkopf vorkommenden Verklebungen aufmerksam gemacht hatten, studirte F. sie unter Zuckerkandl. Er beschreibt zunächst die Kehlkopfanlage in den ersten Entwicklungsstadien und zeigt, dass der Verklebungsprocess mit der vierten Woche beginnt und in der elften endet. Von der Verklebung sind zwei trichterförmige, flache Hohlräume ausgenommen, deren einer nach oben und deren zweiter von unten her in die Verklebungsmasse ragt. Die Theile, die das spätere Glottislumen begrenzen, bleiben am längsten verklebt. Eine Verklebung der Morgagnischen Taschen besteht nicht. F. erklärt die Entstehung der Verklebung durch eine zeitliche Incongruenz des Wachsthums des Epithelrohrs gegenüber dem Mesodarmrohr, eine Erklärung, die in ähnlicher Weise für jene der Duodenalocclusion gegeben ist.

J. KATZENSTEIN.

93) J. Lauffs. **Ueber Glottisschluss an der Leiche und seine Bedeutung.** *Dissertation. Bonn. 1903.*

Einleitend gedenkt Verf. des von Leo 1893 veröffentlichten Falles von „Tod durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis“. Die Section zeigte, dass beide Larynxhälften völlig adducirt, die Stimmlippen und Taschenbänder so enge aneinander lagen, dass in den Kehlkopf hineingegossenes Wasser nicht nach unten abfloss. Der Tod war herbeigeführt durch Erstickung in Folge des Glottisschlusses.

Diesem Falle Leo's schliesst Verf. 6 weitere Fälle an, bei denen sich Glottisschluss als Leichenerscheinung zeigte; bei 3 derselben fand sich in den hinteren Partien der Glottis ein kleiner Spalt oder eine kleine dreieckige Oeffnung.

Verf. behandelt nun die Frage, wie das Zustandekommen dieser Medianstellung der Stimmbänder an der Leiche zu erklären ist.

Die Stimmbänder stehen post mortem in der Regel in Cadaverstellung. Diese Stellung ist aber keine constante. So ergaben Semon's Messungen an 16 herausgeschnittenen erwachsenen männlichen Kehlköpfen eine maximale Glottisweite von 6, eine minimale von 3,5 mm. An 9 erwachsenen weiblichen Kehlköpfen war die grösste Weite 6, die kleinste 2,5 mm.

Neumayer wies darauf hin, dass an den von ihm untersuchten Kehlköpfen von Menschen und Thieren die Glottis die verschiedensten Formen nach dem Tode annahm.

Eingehend giebt Verf. die Ansicht Fein's im Anschlusse an dessen Arbeit: „Die Stellung der Stimmbänder in der Leiche“ wieder. Die Untersuchungen Fein's ergaben nach an 50 Leichen angestellten Beobachtungen, dass die Stimmbänder kurze Zeit nach dem Tode in oder nahe der Mittellinie stehen, dass mit fortschreitender Leichenstarre die Stimmritze weiter wird und mit Ablauf der Starre die Stimmbänder sich der Mittellinie wieder etwas zu nähern suchen. Fein zeigte, dass besonders der Schwere ein Einfluss auf die Stellung der Stimmbänder in der Leiche zukommt. Mit dem Erlöschen des Lebens erlahmen plötzlich alle Kräfte, welche die Stellung der Stimmbänder beeinflussen. Es folgen nun die Aryknorpel

bei einer auf dem Rücken liegenden Leiche dem Gesetze der Schwere und sinken nach rückwärts, wobei sie naturgemäss die Stimmbänder an die Mittellinie heranziehen. In dem nun folgenden Zeitraume von 1—3 Stunden beginnt bereits die Leichenstarre zu wirken. In den Abductoren, an denen zuerst die postmortalen Veränderungen, deren Ausdruck die Einbusse an Reactionsfähigkeit ist, auftreten, beginnt auch die Leichenstarre früher. Wenn demnach 1—2 Stunden nach dem Tode die Abductoren in Starre zu verfallen beginnen, so erweitern sie allmählich die Glottis so weit, als es ihre Antagonisten, die Adductoren, welche noch schlaff sind oder auch bereits langsam starr zu werden beginnen, gestatten. Unterdessen sind aber die Postici vollkommen starr geworden und überwiegen den noch nicht vollkommen starren Gegner, weshalb die Glottis geöffnet bleibt. Gegen Ende der Starre kommt noch ein Factor hinzu. Die Stimmbänder und die sie umgebenden Bänder und Gelenkkapseln haben durch beginnende Fäulnissvorgänge die frühere Elasticität eingebüsst und sind unbeweglicher geworden. Die Aryknorpel und die Stimmbänder verbleiben daher im Abklingen der Leichenstarre in der während derselben angenommenen Stellung und kehren nicht zur Mittellinie zurück, wenn sie sich derselben auch etwas nähern. Die nach dem Tode auftretende Glottisstellung folgt demnach bestimmten Gesetzen.

An den von ihm untersuchten Leichen fand Fein 49mal Cadaverstellung, 13mal eine Modification derselben, 8mal vollständigen Glottisschluss, bei dem nur in den hinteren Partien der Stimmlippen ein kleines Dreieck offen blieb. Letztere Stellung ist dieselbe wie in dem Falle Leo's und in den 6 Fällen Lauff's. Aber Fein's 8 Fälle können mit denen Lauff's nicht gleichgestellt werden, denn der Glottisschluss wurde von Fein laryngoskopisch nur vor der Starre gefunden, dagegen bei eingetretener Starre nie bemerkt. Ferner hob sich bei Fein's Fällen bei mehrmaliger Untersuchung die Erscheinung des Glottisschlusses auf, wie denn auch weiterhin Aenderung der Lage des Cadavers andere Stimmbandstellungen bewirkte: eine durch viele Stunden in sitzender Position belassene, nicht starre Leiche zeigte dauernd eine nahezu geschlossene Stimmritze; nachdem die Leiche $1^1/_2$ Stunden auf den Rücken gelegt wurde, zeigte sich die Glottis auf 4 mm geöffnet. Dieselbe Entfernung blieb weiter trotz sitzender Stellung bestehen. — Am herausgeschnittenen Kehlkopf betrug die Glottis bei Fein in Fall 3 4,5, in Fall 4 5,0, in Fall 16 5,5 mm.

Im Gegensatz hierzu ist für die Fälle Lauff's charakteristisch, dass der Schluss der Stimmbänder während der Starre vorhanden ist und sich weder durch Aenderung der Position der Leiche, noch durch Exstirpation des Kehlkopfes beeinflussen lässt.

Wenn nach Fein bei beginnender Leichenstarre die erweiternden Postici der Zeit nach an erster Stelle ihre Reizbarkeit verlieren, deshalb auch zuerst in die Starre treten müssen und erst nach ihnen die übrigen Muskeln des Kehlkopfes folgen, so würde das Zustandekommen des Glottisschlusses in der Starre in Lauff's Fällen eine Ausnahme von der Regel bilden, indem hier zuerst die Schliesser erstarrten und dann erst die Postici.

Damit die Schliesser aber das Uebergewicht bei der Starre erhalten, genügt es, wenn ihre Starrcontraction gleichzeitig mit der der Postici vor sich geht, da

sie an Zahl überlegen und massiger sind als die Abductoren und daher bei der Starrverkürzung zweifellos mehr Kraft entwickeln werden.

Ist aber durch starke vorangegangene Thätigkeit eine Ermattung der Glottisverengerer eingetreten, so spielt noch ein weiterer für die Stimmbandstellung ausschlaggebender Umstand mit, indem bei dem ermüdeten Muskel nicht nur die Zeit bis zum Eintritt der Starre eine kürzere, sondern die Verkürzungskraft selbst auch eine grössere ist, als bei dem nicht ermüdeten.

Verf. bespricht schliesslich an einem seiner Fälle (je ein Fall von Laryngospasmus, Tetanie und Rachitis, Paralysis progressiva, Epilepsie), in welchem Maasse die letzten Augenblicke der Kranken für eine stärkere Action der Glottisschliesser sprechen. Bei Fall 5 (Tabes) konnte Verf. nichts über das Lebensende des Patienten eruiren, und bei Fall 6 (Phthisis pulmonum) stellte sich der Tod langsam ein, ohne dass eine starke Action der Stimmbänder zu bemerken gewesen wäre.

J. KATZENSTEIN.

94) **E. Martinez** (Habana). **Eine Sicherheitsnadel im Kehlkopfe. (Un alfiler de seguridad en la laringe.)** *Revist. de Medic. y Cirug. de la Habana. No. 10. September 1902.*

Der Fremdkörper war in der Stimmritze in der Nähe der Mittellinie und gegen die hintere Wand zu eingeklemmt. Die Spitze durchkreuzte den Interarytaenoidealraum von vorn nach hinten und wahrscheinlich den Oesophagus. Nach Pulverisation mit Cocainlösung wurde die Nadel mittelst der Krause'schen Pincette extrahirt.

R. BOTEY.

95) **O. Chiari. Ein Fremdkörper im Larynx.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 31. October 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 45. 1902.*

Ein 5jähriger Knabe verspürte während des Essens von Spinat Schmerzen im Halse, wurde bald dyspnoisch und musste deshalb in Görz tracheotomirt werden. Der Larynx blieb daraufhin trotz aller Versuche unwegsam für die Athmung. Chiari diagnosticirte dann nach ca. einem Monat bei dem in Narkose befindlichen Kinde mittelst der Kehlkopfpincette, die unter Leitung des Fingers vom Munde aus eingeführt wurde, einen rauhen harten Fremdkörper im Larynx, der nach Laryngofissur entfernt wurde und ein $2^1/_2$ cm langes Holzkohlenstückchen darstellte. Die Radioskopie blieb negativ. Entfernung der Canüle. Heilung mit guter Stimme.

CHIARI.

96) **P. Sebileau** (Paris). **Fremdkörper der Bronchien. (Corps étranger des bronches.)** *Société de chirurgie. 26. September 1902.*

Es war ein 10 Centimes-Stück in die Luftwege gerathen; die Radioskopie zeigte den Fremdkörper im rechten Bronchus dicht über der Bifurcation. Der Fremdkörper wurde per vias naturales herausbefördert, indem Pat. mit dem Kopf nach abwärts gelagert und der Brustkorb mehrmals geschüttelt wurde.

PAUL RAUGÉ.

97) **F. E. Hopkins. Ein Fall von Fremdkörper im Bronchus. (A case of foreign body in the bronchus.)** *Laryngoscope. December 1902.*

Mitgetheilt auf der 24. Jahresversammlung der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft 1902. Cfr. Centralbl. Jahrgang XIX. S. 264.

EMIL MAYER.

98) **Courmont** und **André** (Lyon). **Ein Fremdkörper in den Bronchien. (Corps étranger dans les bronches.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 6. Januar 1903.*

Es handelte sich um einen jungen Mann, der eine Nadel mit Glasknopf verschluckt hatte. Die Radioskopie zeigte den Fremdkörper nicht. Ein Extractionsversuch misslang. Es traten sehr bald Erscheinungen der Bronchopneumonie und Pleuritis mit Fieber und schwerer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes auf. Exitus. Die Autopsie ergab: Der Kopf der Nadel lag im unteren Theil des linken Bronchus und verstopfte die zu dem linken Unterlappen führenden Bronchialabzweigungen. Es fand sich eine dem ganzen verstopften Gebiet entsprechende Bronchopneumonie. Die Spitze der Nadel stak im linken Bronchus, dicht über der Bifurcation; hier befand sich ein kleiner gangränöser Herd. Der Fremdkörper war so fest eingekeilt, dass seine Extraction nicht möglich gewesen wäre.

PAUL RAUGÉ.

99) **Garel** (Lyon). **Demonstration von Instrumenten zur Bronchoskopie. (Présentation d'instruments pour la bronchoskopie.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 6. Januar 1903.*

G. zeigt eine ganze Reihe von Instrumenten zur Bronchoskopie nach Killian vor.

PAUL RAUGÉ.

100) **C. Dickson. Expectoration eines Zahns 13 Monate nach der Inhalation. (Expectoration of tooth 13 months after inhalation.)** *Lancet. 28. Februar 1903.*

Pat. litt ein Jahr lang an Husten und Auswurf. Dann trat Haemoptoe ein und in einem Blutgerinnsel fand man den Zahn.

A. BRONNER.

101) **A. V. Brokaw. Entfernung einer Tapezierer-Nadel aus dem rechten Bronchus. (Removal of an upholsterer's tack from the right bronchus.)** *N. Y. Medical Record. 14. Februar 1903.*

Fünf Tage nach der Aspiration des Fremdkörpers zeigte ein Radiogramm denselben dicht über der Trachea. Als Patientin — ein achtjähriges Mädchen — einen Monat später zu B. gebracht wurde, ergab die Radioskopie, dass die Nadel jetzt im rechten Bronchus sass. Nach Oeffnung der Trachea wurde eine weite endoskopische Tube in sie eingeführt, doch konnte der Fremdkörper nicht gesehen werden. Die Luftröhre wurde nun offen gelassen in der Hoffnung, dass die Nadel ausgehustet werden könnte. Einige Tage darauf wurde nach vorheriger Cocainisirung und Adrenalinisirung der Trachea ein Elektromagnet eingeführt; doch sass der Fremdkörper zu fest und folgte nicht. Schliesslich gelang die Entfernung mittels einer Zange durch das Endoskop.

LEFFERTS.

102) **Hugh Busby. Fremdkörper im Bronchus. Tracheotomie. Entfernung. (Foreign body in bronchus; tracheotomy.)** *Australasian Medical Gazette. 20. März 1903.*

Ein Stück Quarz war in den Bronchus eines 6jährigen Knaben gerathen.

A. J. BRADY.

103) **Carlo Comba. Grosser Fremdkörper in den Luftwegen. Entfernung mittels Tracheotomie. (Voluminoso corpo estraneo nelle vie aeree. Estrazione colla tracheotomia. Guarigione.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. IV. April 1903.*

Es handelte sich um eine ziemlich grosse Bohne, die ein $3^1/_2$jähriges Kind aspirirt hatte und die gerade über der Bifurcation lag. Während das Kind aufs Aeusserste asphyktisch wurde, machte Verf. die Tracheotomie, und da die Athmung während dessen völlig sistirte, versuchte er nach Eröffnung der Luftröhre zunächst eine Sonde in einen Bronchus einzuführen, was auch gelang. Nach Einleitung künstlicher Athmung mit Sauerstoffinhalationen durch die Sonde ging er dann an die Entfernung des Fremdkörpers mittels einer Pincette, mit der er ihn dann stückweise zu Tage förderte. Doch wurde ein Fragment noch nach einigen Tagen spontan ausgehustet.

FINDER.

104) **A. Rizzoli. Fremdkörper im Larynx, Croup vortäuschend. (Corpo straniero in laringe simulante una affezione croupale.)** *Riviata Veneta d. scienze mediche. 30. September 1903.*

Ein $1^1/_2$jähriger Knabe wurde, nachdem ihm von einem Arzte bereits eine Seruminjection gemacht worden war, mit den Erscheinungen hochgradiger Larynxstenose und mit völliger Aphonie ins Krankenhaus aufgenommen; Temperatur 38°. Pharynxschleimhaut nur geröthet. Der Knabe wurde mit Seruminjectionen weiter behandelt und auch intubirt. Als die Athemnoth stärker wurde, nahm man trotzdem von der Tracheotomie Abstand, weil man vermuthete, dass sich der croupöse Process auch auf die Bronchien verbreitet habe. Am 21. Tage Exitus. Bei der Autopsie fand man im Larynx zwischen den Stimmlippen einen Fremdkörper, nämlich ein Stück Fruchtgehäuse einer Birne.

FINDER.

105) **H. Chiari. Concrement in einem rechtsseitigen Bronchialaste.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, 5. December 1902.) *Prager med. Wochenschrift. No. 4. 1903.*

Um einen vermuthlich vor 2 Jahren aspirirten Kirschkern hatten sich Incrustationen gebildet, wodurch es später zu einer Bronchitis kam. Bei einem kräftigen Hustenstosse wurde der Fremdkörper expectorirt. Bemerkenswerth ist die lange Dauer des symptomlosen Verweilens.

CHIARI HANSZEL.

106) **Wagner** (Meerane). **Ein Fall von Erstickung infolge von Verlegung des Kehlkopfeinganges durch Spulwürmer.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 20.*

Anschauliche Beschreibung dieses wohl als Unicum zu betrachtenden Ereignisses.

ZARNIKO.

107) **J. A. Killian** (Worms). **Entfernung eines Pfennigstückes aus dem rechten Bronchus eines Erwachsenen vom Munde aus mittels oberer Bronchoskopie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1903.*

Mittheilung eines interessanten Falles, mit der Aufforderung, sich fleissig der Bronchoskopie zu bedienen. SCHECH.

108) **G. Spiess** (Frankfurt a/M.) **Ein Fremdkörper im linken Hauptbronchus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. 1903.*

43jährige Frau verschluckt im Juli 1899 ein Knochenstück, darauf Kurzathmigkeit, Husten, Auswurf. Im October auf Luftröhren- und Bronchialkatarrh ärztlich behandelt. 28. December 1900 vom Verf. untersucht. Auf keine Weise ein Fremdkörper nachzuweisen. Im linken Unterlappen Bronchitis, die sich bald mit Zeichen von Verdichtung des Lappens combinirte. Ende April 1901 Tracheotomie. Bronchoskopie nach Killian. Bei der zweiten Untersuchung wird das Knochenstück im linken Hauptbronchus constatirt, bei der achten Sitzung gelang die Extraction. Allmälige Besserung der secundären Lungenveränderungen.

Verf. empfiehlt, die Bronchoskopie so bald als möglich anzuwenden,

ZARNIKO.

109) **Karewski** (Berlin). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem linken Bronchus eines Kindes.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereins-Beil. No. 22. 1903.*

Der Fremdkörper, ein 3,5 g schwerer Messingknopf, wurde vom Vortr. von der Tracheotomieöffnung aus blind herausbefördert. Anschauliche Schilderung der grossen Mühe bei dieser aufregenden und — wie man wohl sagen kann — doch nur durch Glück erfolgreichen Operation. Sie zeigt, wie Recht Vortr. hat, wenn er sagt, es müsse ein grosser Segen sein, die Killian'sche Bronchoskopie zu beherrschen. Der Fremdkörper hätte dabei gewiss „sicherer und glatter“ herausbefördert werden können. ZARNIKO.

110) **von Eicken** (Freiburg i. Br.). **Entfernung eines Knochenstückes aus einem Bronchus des rechten Unterlappens auf natürlichem Wege.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1903.*

Knochenstück, dreieckig, scharfkantig, Mitte September 1902 aspirirt, am 15. März 1903 von Killian elegant auf bronchoskopischem Wege extrahirt. Der 18. bis dahin beschriebene Fall.

Verf. wahrt gegenüber Rosenheim (Deutsche med. Wochenschr. V.-B. 5. S. 35) seinem Chef Killian die Priorität der Erfindung der Bronchoskopie.

ZARNIKO.

111) a) **Rosenheim** (Berlin). **Bemerkungen zu dem Aufsatze von Eickens: Entfernung eines Knochenstückes etc.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. 1903.*

b) **von Eicken** (Freiburg i/Br.) **Erwiderung auf die Bemerkungen Prof. Rosenheim's zu meinem Aufsatze in No. 23 der Deutschen med. Wochenschrift.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1903.*

c) **Rosenheim** (Berlin). **Bemerkungen zu obiger Erwiderung von Eickens.** *Ibidem.*

Polemik über die Priorität der Erfindung der Bronchoskopie. ZARNIKO.

112) **G. Killian** (Freiburg i. B.). **Ein Hemdenknopf aus dem Unterlappen der linken Lunge auf natürlichem Wege entfernt.** *Wien. klin. Wochenschrift. No. 11. 1903.*

Der Fremdkörper, der 2 Tage vorher aspirirt worden war, befand sich im Stammbronchus des linken Unterlappens, ca. 32 cm von der oberen Zahnreihe entfernt, woselbst er mit einem bronchoskopischen Rohr eingestellt und von wo derselbe mittelst eines Lister'schen Häkchens entfernt wurde. Bemerkenswerth waren u. a. in diesem Falle die geringen Störungen, die der Fremdkörper verursachte (der Patient sang mit dem Knopf in der Lunge noch Solopartien) und die Schwierigkeit der Diagnose, die nur mit dem Bronchoskope gestellt wurde. Radioskopie wurde nicht vorgenommen.

CHIARI HANSZEL.

113) **Francis Quinlan. Pistolen-Schusswunde des Kehlkopfes. (Pistol-shot wound of larynx.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Verf. sah den Patienten einen Tag nach der Verletzung. Beide Stimmlippen standen nahe aneinander; zwischen ihnen war nur ein kleiner elliptischer Spalt. Es wurde die Tracheotomie vorgenommen; Pat. fühlte sich nach der Operation sehr erleichtert und lebte noch eine Woche lang. Man fand das Gewebe längs des Schusscanals nekrotisirt; ferner bestand Emphysem.

EMIL MAYER.

114) **Rahn. Einige Bemerkungen über meinen Tubus und über das Herstellungsverfahren der Tuben überhaupt.** *Münch. med. Wochenschr. No. 37. 1903.*

R. liess neuerdings die von ihm in No. 37, 1901 der Münch. med. Woch. empfohlenen Tuben dünner und schlanker bauen und den Tubuszapfen wieder in das Kopfstück des Tubus verlegen. Das beste Material für Tuben ist und bleibt blankpolirtes Metall.

SCHECH.

115) **R. C. Kemp** und **A. W. Gardner. Die Kemp-Gardner Intubationstube für künstliche Athmung. (The Kemp-Gardner intubation tube for artificial respiration.)** *N. Y. Medical News. 25. Juli 1903.*

Das modificirte Instrument der Verff. besteht im Wesentlichen in einer O'Dwyer'schen Tube mit hohlem Handgriff. Jedoch ist der Theil, der in dem Larynx zu liegen kommt, kürzer, während der Abstand zwischen der bauchigen Anschwellung des Tubus, die unter den Stimmlippen liegt, und der Zungenkrümmung des Introductors etwas länger ist. An der Oberfläche des Tubus befindet sich eine kleine Oeffnung, die durch einen Zapfen, als Exspirationsklappe fungiren kann. Verff. meinen, dass ihr Tubus vor dem O'Dwyer'schen den Vorzug hat, die weichen Theile nicht so zu schädigen. Verff. halten die Intubation für die einzig rationelle Methode für künstliche Athmung.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

116) **F. Blum. Ueber Geisteskrankheiten im Gefolge von experimentell erzeugten Autointoxicationen: Psychosen thyreopriver Hunde.** *Vortr. auf der 27. Vers. südwestd. Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden 25. Mai 1902.*

Die Schilddrüse bildet normalerweise Gifte, die wahrscheinlich bei der Ei-

weissfäulniss im Darm entstehen. Vorwiegende Fleischnahrung bei thyreopriven Hunden hat bald unter schweren Erscheinungen, gewöhnlich Tetanie, den Tod zur Folge, während bei ausschliesslicher Milchnahrung, oft auch Milchnahrung mit allmäligem Zusatze von Fleisch, die Thiere gewöhnlich längere Zeit die Thyroidektomie überstehen. Von diesen langlebigen Thieren bot ein grosser Procentsatz psychotische Erscheinungen, Hallucinationen, Charakterveränderungen, krankhafte Bewegungspänomene, ein geringer Procentsatz deutliche Verblödung, während das Krampfmoment meist völlig schwand oder in den Hintergrund trat. Verf. weist darauf hin, dass möglicherweise auch bei den Psychosen der Menschen die mangelhafte Function der entgifteten Organe eine Rolle spielt.

J. KATZENSTEIN.

117) **K. Gause. Ueber die Psychosen bei Morbus Basedowii.** *Dissertation aus der Marburger psychiatrischen Klinik. 1902.*

G. hat festzustellen gesucht, ob die Psychosen bei Morbus Basedowii ätiologisch in einem Zusammenhange mit diesem stehen, ferner ob die Psychosen im Verlaufe der Basedow'schen Krankheit in ihrem klinischen Bilde etwas für diese Combination Charakteristisches haben. Beide Fragen verneint er. Als Material dienten ihm drei Krankengeschichten aus der Marburger Klinik. In dem ersten Falle handelte es sich anscheinend um eine senile Geistesstörung, der zweite wird als senile Melancholie, der dritte als typische Katatonie bezeichnet. Dann folgt ein Bericht über 26 Fälle aus der Literatur. Verf. resumirt sich dahin, dass die Combination von Morbus Basedowii mit Psychosen leicht verständlich ist, dass beide sich zeitlich getrennt von einander entwickeln, verschieden in der Art ihres Verlaufes, unabhängig von einander auf demselben Boden der angeborenen oder erworbenen neuro- oder phychopathischen Veranlagung.

J. KATZENSTEIN.

118) **Duplant. Basedow'scher Symptomencomplex mit Enophthalmie. (Syndrome Basedowien avec enophtalmie.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 16. April 1902.*

Neben Struma, Tachycardie, Tremor bestand ein ausgesprochenes Eingesunkensein der Augen in die Orbita.

PAUL RAUGÉ.

119) **Walter S. Stern. Spastischer Schiefhals, auftretend im Verlauf eines Falles von Morbus Basedow. (Spasmodic wryneck appearing in the course of a case of exophtalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 19. Juli 1902.*

Der Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, Spondylitis, congenitaler Torticollis, Scoliose konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

LEFFERTS.

120) **Notiz des Herausgebers. Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (The surgial treatment of exophtalmic goiter.)** *Journal American Medical Association. 23. Mai 1903.*

Angesichts der unbefriedigenden Ergebnisse, die mit den bisherigen bei Morbus Basedowii üblichen Behandlungsmethoden erzielt wurden, sind die Resultate, die Kocher mit der operativen Behandlung erreicht hat, als die weitaus besten zu bezeichnen.

EMIL MAYER.

121) **T. C. Witherspoon. Operative Behandlung des Morbus Basedow. (Operative treatment of ophtalmic goiter.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1903.*

Verf. hat seit 1895 neun Fälle operirt. In allen bis auf einen — in dem er nach Jonnesco die oberen und mittleren cervicalen Sympathicusganglien entfernte — hat er den vorspringenden Theil der Schilddrüse resecirt. Er giebt eine genaue Schilderung der von ihm befolgten Operationsmethode. LEFFERTS.

122) **B. F. Curtis. Sympathectomie wegen Morbus Basedow. (Sympathectomy for exophtalmic goiter.)** *N. Y. Medical News. 30. Mai 1903.*

Verf. hat 11 Fälle chirurgisch behandelt. Von diesen gingen drei an acutem Thyreoidismus zu Grunde. Verf. giebt eine genaue Schilderung dieses Zustandes. Der Puls steigt auf 160—180, die Temperatur bis gegen 40°; Tod tritt in 24 bis 48 Stunden ein. Für die Erklärung des acuten Thyreoidismus scheint dem Verf. die Theorie vom nervösen Ursprung dieses Zustandes die richtigste zu sein. Er wirft schliesslich die Frage auf, woher es kommt, dass Kocher unter 50 Fällen nur die geringe Zahl von 4 Todesfällen hat und macht auf die interessante Thatsache aufmerksam, dass diese 4 Todesfälle sich unter den 6 Patienten Kocher's ereigneten, die unter allgemeiner Narkose operirt wurden, während von den 44 anderen Patienten, die unter localer Anästhesie operirt wurden, keiner starb. Verf. kommt zu dem Schluss, dass Morbus Basedowii in ungefähr 60 pCt. der Fälle heilbar ist und dass die Sympathectomie, wen sie in einer Sitzung nur einseitig und unter localer Anästhesie ausgeführt wird, die besten Resultate giebt.

LEFFERTS.

123) **James Nevins Hyde** und **Ernest L. Mc. Ewen. Die beim Morbus Basedow vorkommenden Dermatosen. (The dermatoses occuring in exophtalmic goiter.)** *American Journal Medical Sciences. Juni 1903.*

Verf. hat eine Zusammenstellung von 111 Fällen gemacht; in 49 Fällen bestand Hyperhydrosis, in 15 Pigmentanomalien und Myxödem, in 14 einfaches Hautödem, 5 mal war Sklerodermie vorhanden, dann folgen Fälle von Vitiligo, Alopexie, Teleangiectasie, Purpura, Urticaria und Erythem. Als zufällige Complicationen sind noch zu erwähnen: Morbus Addisonii, Hautblutungen und circumscripte Anästhesie. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

124) **A. P. Traver. Entfernung einer geöffneten Sicherheitsnadel aus dem Oesophagus eines Kindes. (Removal of open safety-pin from child's oesophagus.)** *American Medicine. Juli 1903.*

Man konnte die Nadel auf dem Röntgenschirm im unteren Theil des Oesophagus bei dem 9monatlichen Kinde erblicken. Da der Fremdkörper zu weit unten sass, so kam die Oesophagotomie nicht in Frage und folgendes Verfahren wurde eingeschlagen: Das Kind wurde anästhesirt und hinter dem Röntgenschirm, auf dem der ganze Vorgang verfolgt werden konnte, die Nadel mit einem Fischbeinbougie

in den Magen hinabgestossen. Dann wurde das Kind auf den Operationstisch gelegt, die Gastrotomie gemacht und so die Nadel entfernt. Nach 17 Tagen wurde das Kind als geheilt entlassen.

EMIL MAYER.

125) **W. Spencer. Ein Fall von Oesophagotomie behufs Entfernung eines Stückes einer Zahnplatte. (A case of oesophagotomy for the removal of a portion o a plate.)** *Lancet. 22. August 1903.*

Nach vergeblichen Versuchen, den Fremdkörper per vias naturales zu entfernen, wurde am 5. Tag die Oesophagotomie gemacht. Infolge einer Reizung des Sympathicus stieg während der Reconvalescenz der Puls auf 130. Heilung nach 3 Wochen.

A. BRONNER.

126) **Sebileau. Oesophagotomia externa beim Kind zur Extraction von Geldstücken. (Oesophagotomie externe appliquée chez l'enfant à l'extraction de pièces de monnaie.)** *Annales des maladies de l'oreille. 1. 1903.*

Man soll erst keine Zeit mit gefährlichen Versuchen verschwenden, den Fremdkörper mittelst Zange zu extrahiren, sondern soll bei Fremdkörpern, die im oberen Theil der Speiseröhre sitzen, sofort zur äusseren Oesophagotomie schreiten. Er führt einige Beispiele an mit Angabe der von ihm befolgten Technik.

EMIL MAYER.

127) **Zuppinger** (Wien). **Zur Kenntniss der nicht traumatischen Oesophagusperforationen im Kindesalter.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. 57. Bd. 1903.*

Im ersten Falle ($3^1/_2$jähr. Mädchen) bedingte eine Gangrän der Speiseröhre das Krankheitsbild der Meningitis toxaemica, im zweiten Falle (8jähr. Mädchen) handelte es sich um ein peptisches Oesophagusgeschwür mit schweren Blutungen und Durchbruch. Zwei weitere Fälle betrafen retroösophageale Abscesse und weitere 2 Fälle Durchbruch von tuberculösen vereiterten Drüsen in die Speiseröhre.

SEIFERT.

128) **T. Whipham. Ein Fall von Zerreissung der Speiseröhre infolge eines Unfalls. (A case of rupture of the oesophagus from an accident.)** *Lancet. 17. September 1903.*

Ein 27jähriger Mann wurde von einem Pferde geschlagen und fiel bewusstlos zu Boden. An der rechten Seite des Kopfes fand sich eine Fractur. Tod nach 8 Tagen unter Erscheinungen von Athemnoth. Es fand sich ausgedehnte Fractur des Schädels, auch an der Basis; Emphysem am oberen Theil des Thorax. In der linken Pleurahöhle war flüssiger Mageninhalt. Im unteren Theil der Speiseröhre, grade über dem Zwerchfell war ein longitudinal verlaufender Riss, der mit der linken Pleurahöhle communicirte.

A. BRONNER.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) C. Zarniko, Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens mit besonderer Berücksichtigung der Propädeutik für practische Aerzte und Studirende. Erste Hälfte: Propädeutik. S. Karger, Berlin. 1903. 2. gänzl. umgearb. Aufl.

Als vor einigen Jahren die erste Auflage des Zarniko'schen Lehrbuches erschien, fand dasselbe allerorten eine günstige Aufnahme. Es war so recht den Bedürfnissen des Lernenden angepasst, und wer sich nur die nöthige Zeit nahm, konnte sich, eine gewisse practische Schulung vorausgesetzt, an der Hand dieses Büchleins recht gut weiter bilden. Dieser Erfolg hat aber dem Autor nicht genügt. Die neue Auflage ist in weit grösseren und ganz anderen Verhältnissen angelegt. Vor uns liegt der erste, nur der Propädeutik gewidmete Theil; derselbe umfasst 259 Seiten und ist mit guten, instructiven Abbildungen reich durchsetzt. Trotz des unleugbaren Reichthums an Lehrbüchern, und selbst an guten Lehrbüchern, die sich an den gleichen Leserkreis wenden, hat es Zarniko verstanden, der anscheinend so spröden Materie doch noch eine neue und wirklich dankbare Seite abzugewinnen. Gewiss war es nicht möglich, bei Besprechung der Anatomie und Physiologie der Nase, ihrer Untersuchungs- und Operationsmethoden neue Daten zu bringen, aber die Methode, die er anwendet, um den Neuling in diese Materie einzuführen und ihm die verschiedenen Untersuchungen und Handgriffe vorzudemonstriren, ist durchaus eigenartig und spricht für die pädagogische Geschicklichkeit des Verf.'s, die sich auch in der durchsichtigen Anordnung des Stoffes und in der klaren, leicht verständlichen Darstellungsweise überall verräth.

Die einschlägige Literatur ist so ausführlich berücksichtigt, dass man an der Hand dessen, was hier geboten wird, in ein gründliches Specialstudium jeder einzelnen Frage eintreten kann. Auch den Beziehungen der Nase zu anderen Organen (Gehör, Auge, Gehirn) hat der Verf. anerkennenswerther Weise einen grösseren Raum eingeräumt, als es sonst in ähnlichen Lehrbüchern der Fall zu sein pflegt. Vielleicht wäre es noch ein weiteres Verdienst gewesen, als Einleitung zu diesen Erörterungen und den später noch genauer zu besprechenden nasalen Reflexneurosen eine sorgsame Analyse der normalen Nasenreflexe zu geben, die in all' unseren Lehrbüchern sehr stiefmütterlich behandelt werden und deren Kenntniss doch eigentlich die Voraussetzung für das richtige Verständniss all' dieser Fragen in sich schliesst.

Wird die zweite Hälfte des Werkes, die uns der Verf. für die nächste Zeit in Aussicht gestellt hat, dem Werth des ersten Theiles entsprechen, dann dürfen wir Zarniko zu seiner Arbeit aufrichtig Glück wünschen. A. Kuttner.

---

b) 10. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg am 1. und 2. Juni 1903.

Gekürzter Bericht des Schriftführers Dr. Avellis (Frankfurt a. M.):

Am ersten Tage der Versammlung fand eine Festsitzung statt, in der der Vorsitzende, Professor Jurasz, einen Ueberblick über die Ergebnisse gab, die als

dauernder wissenschaftlicher Besitz durch die Arbeiten der vorangegangenen neun Congresse für die Laryngologie gewonnen wurden.

Geh. Med.-Rath Professor Schmidt verlas darauf eine Rede, die die Beziehungen der Laryngologie zur gesammten Medicin erörterte, Professor Seifert trug die Leistungen der heutigen Laryngologie im Zusammenhang vor. Beide Reden sind als Leitartikel im Internationalen Centralblatt für Laryngologie erschienen.

Eine Reihe von Festlichkeiten (Commers, Schlossbeleuchtung etc.) befriedigte die Theilnehmer in hohem Maasse.

Die nächste Sitzung findet wiederum am zweiten Pfingstfeiertag 1904 zu Heidelberg statt.

Wissenschaftliche Sitzung am 2. Juni 1903.

Herr Professor Jurasz eröffnet als I. Vorsitzender die Sitzung mit einer kurzen Begrüssungsansprache. Der Beitrag der Mitglieder beträgt hinfort 5 Mark pro anno, eine Statutenänderung, die die Genehmigung der Versammlung findet.

Anwesend sind 101 Aerzte, darunter eine Reihe Ausländer, wie die Präsenzliste aufweist.

Vier Mitglieder hat der Verein im Laufe des Jahres durch den Tod verloren: Heller (Nürnberg), Müller (Leipzig), Müller (Wiesbaden) und Schwendt (Basel). Der Vorsitzende würdigt ihre Verdienste um den Verein und ihre wissenschaftlichen Leistungen. Die Versammlung ehrt ihr Andenken durch Erheben von den Sitzen.

Den Vorstand bilden: Professor Jurasz, I. Vorsitzender, Professor Seifert, II. Vorsitzender, Neugass, Schatzmeister, Avellis, Schriftführer.

Für das nächste Jahr wählt die Versammlung auf Vorschlag des Vorstandes Krieg (Stuttgart) zum I. Vorsitzenden und Zarniko (Hamburg) zum II. Vorsitzenden. Das Amt des Sekretärs und Cassirers bleiben, wie früher auch, in den Händen von Avellis und Neugass.

In Folge vielfacher Wünsche jüngerer Mitglieder und auch aus wissenschaftlichen Gründen wird der Antrag des Vorstandes genehmigt, die Verhandlungen der letzten zehn Jahre in einem Bande herauszugeben und auch Nichtmitgliedern im Buchhandel zugängig zu machen.

Vorträge.

Eugen Fischer (Freiburg i. Br.): Demonstration von Modellen zur Vergleichung der Schädelentwicklung von Mensch und Affe mit besonderer Berücksichtigung der Nase.

Gaupp's Verdienst ist es, das Verhältniss von Nasenkapsel und Schädelbau beleuchtet zu haben. Beim Knorpelschädel der Eidechse sehen wir zwischen der paarigen Nasenkapsel und der rundlichen Schädelkapsel eine hohe, senkrecht, dünne Platte aufgestellt — das Septum interorbitale —, das sich nach vorn im Nasenseptum fortsetzt, nach hinten die Schädelmitte wie ein Kiel durchsetzend ans Sphenoid sich ansetzt (das Rostrumsphenoid ist der Rest davon beim Menschen). Kielbasisch (tropibasisch) nennt man solche Schädel, zum Unter-

schied von platybasischen, wo sich der Gehirnraum unverjüngt zwischen die Augen schiebt. Der Säuger ist tropibasisch. Auch hier (an Stelle des hohen Septum) ein niederer Balken zwischen Nasen und Gehirnkapsel. Beim Maulwurf besteht schon durch Verschmelzung der beiden Kapseln eine Rückwand der Nasenhöhle, an die sich der Sphenoidbalken ansetzt. Die von Opticus durchbohrte Wurzel der Alae orbitales ist nur durch eine enge Spalte von der Hinterseite der Nase getrennt. In späteren Stadien bildet das Sphenoid den hinteren Abschluss der Nase. Beim Semnopithecus ist noch ein Septum interorbitale nachweisbar, genau wie beim Reptil. Das Septum kam also ursprünglich auch den Säugern zu — Zusammenhang zwischen Reptil und Säugern. Die Nasenwurzel aller Affen ist sehr schmal im Verhältniss zum Menschen. Innerhalb der Affen giebt es schmal- und breitnasig bezeichnete. Der tertiäre Affe (Mesopithecus) hat eine sehr breite Nasenwurzel. Der gemeinsame Vorfahr von Mensch und Affe war breitnasig. Beim Affen ist die Schmalnasigkeit Reductionsarbeit. Auch die Entwicklungsgeschichte bestätigt dies, der Embryo des Makak hat eine Nasenbreite, die der des Menschen gleichkommt. Die Gründe der Nasenbreite beim Menschen und der Verschmälerung beim Affen werden erörtert, sind aber noch nicht spruchreif.

Avellis (Frankfurt a. M.). Vielleicht ist die Ursache der atroph. Rhinitis in einer Tendenz der Rückbildung der inneren und äusseren Nase zu suchen, wie sie beim Anthropoiden in höherem Maasse als beim Menschen ausgesprochen ist. Es scheint von der gemeinsamen breitnasigen Stammform ein Zug zur Reduction der Nase vorzuherrschen, entsprechend der Zunahme des Gehirns. Riechhirn und Cerebrum stehen in einem umgekehrten Verhältniss. Durch obige Idee würde sich das Zusammentreffen von Rückbildung auch der äusseren Nase (Sattelnase, Septumverkürzung) bei der atroph. Rhinitis verstehen. Die Ozaena wäre dann eine secundäre Erkrankung auf dem durch Rückbildungschwäche präparirten Boden. Daher auch das familiäre Vorkommen und vielleicht auch die Erfolge der Paraffinprothesen zur Beseitigung der Ozaenaerscheinungen.

Klaatsch (Heidelberg) giebt seine Zustimmung zu den Ausführungen des Collegen Fischer. Mensch und Primaten haben sich viele sehr ursprüngliche Merkmale in ihrem Bau bewahrt. Speciell für die Nase ist es wahrscheinlich, dass der Mensch, abgesehen von gewissen Reductionen der Muscheln, sich einen sehr primitiven Zustand erhalten hat, dass also in seiner Vorfahrenreihe nicht jene hochgradigen Complicationen der Muscheln anzunehmen sind, wie sie die meisten niederen Säuger zeigen. Die bedeutende Breite der Nasenwurzel bei den fossilen Schädeln von Spy und Neanderthal entspricht dem niederen Zustand des Menschengeschlechtes.

Gluck (Berlin): Ueber moderne Operationen an den oberen Luftwegen.

Vortragender verbreitet sich über die von Czerny inaugurirte Kehlkopfexstirpation und zeigt 33 zum grössten Theil wegen maligner Neubildungen, zum kleinsten Theil wegen schwerer Tuberkulose von ihm exstirpirter Kehlköpfe. Er bespricht die verschiedenen Methoden, die sich ihm im Laufe seiner sehr grossen,

gerade auf diesem Gebiet specialisirten Erfahrungen bewährt haben, vornehmlich die principielle und definitive Trennung der obersten Luftwege von der Trachea. Vier von ihm mit glänzendem Erfolge operirte Patienten stellen sich der Versammlung vor. Sie sprechen mit geschluckter Oesophagusluft und haben auf einen künstlichen Kehlkopf gern verzichtet. Einer ist wegen Tuberkulose operirt. Seine Heilung ist glänzend. Er ist seit Jahren voll arbeitsfähig und spricht durch eine kleine Oeffnung, die sich lippenförmig am Dach der Operationshöhle gebildet hat, mit vernehmlich lauter Stimme.

Discussion.

Czerny (Heidelberg) bedauert, den mit so vielem Beifall aufgenommenen Vortrag Gluck's erst zum Schluss beigewohnt zu haben und fügt den Ausführungen zwei Bemerkungen zu: Die alte Pharyngotomia subhoidea kann eine erweiterte Indication erhalten. Czerny hat zwei Fälle in der letzten Zeit darnach operirt, von denen er einen im guten Zustand vorstellen kann. Im ersten handelt es sich um Epithelialkrebs in der Plica glossoepiglottica. Das Mittelstück des Zungenbeins wurde abgetrennt, Zungengrund, Epiglottis und Kehlkopf bis auf die wahren Stimmbänder exstirpirt und der obere Kehlkopfrest mit der Zungenwunde verbunden, Schlundsonde eingelegt. Die Wunde heilte bis auf eine kleine Fistel. Beim zweiten Patienten (Rund- und Spindelzellensarcom, ausgehend von einem pharyngealen Stück des linken Schilddrüsenlappens) wurde ähnlich verfahren, die linke Hälfte des Schlundkopfes und der Schilddrüse mit entfernt. Der Kehlkopfrest wurde an's Zungenbein genäht, Schlundsonde eingelegt. Der vorgestellte Patient spricht mit lauter Stimme.

Moritz Schmidt (Frankfurt a. M.): Selbst gut operirte Patienten, wie der von Gluck erwähnte Diabetiker, können noch nach 6 Wochen Erstickungsanfälle bekommen, verursacht durch eine ödematöse Schwellung der Tracheaschleimhaut am unteren Ende der Kanüle. Sch. hat dieselbe mit dem Spiegel erkennen können und durch rasche Einführung der König'schen Hummerschwanzkanüle die Erstickung abwenden können.

Killian (Freiburg i. Br.): Semon empfiehlt aufs Wärmste, nach kleinen Carcinomexcisionen und der Thyreotomie weder eine Kanüle einzulegen noch den Larynx abzutamponiren, sondern die Knorpelplatten zu vereinigen und einen Verband anzulegen. Was hat Herr Gluck in Bezug auf diesen Punkt für Erfahrungen?

Pieniazeck (Krakau) befürwortet entschieden Tamponade und Einlegen der Kanüle. Er hat bis jetzt 200 Mal die Laryngofissur ausgeführt. Niemals hat er eine Pneumonie erlebt. Nur in einem einzigen Falle hatte er die Schnittwunde vernäht und nicht tamponirt und hier bekam der Kranke eine Pneumonie, die allerdings glücklich verlief.

Kümmel (Heidelberg) hat bei der Weglassung der Tamponade und der frühzeitigen Beseitigung der Kanüle keine guten Resultate gehabt. Fieber und Schleimhautödem gefährden die Patienten. Für Frühdiagnose soll man ein genügend grosses Stück von der richtigen Stelle gewinnen, dann ist die anatomische Diagnose so leicht, dass der Laryngologe die Mithülfe pathologischer Anatomen entbehren kann.

Klaatsch (Heidelberg) fragt nach den mikroskopischen Untersuchungen über die erwähnte mucöse Modification der nach innen verlagerten Halshaut.

Blumenfeld (Wiesbaden): Manchmal ist wegen grosser Empfindlichkeit der Patienten die Exstirpation eines zur mikroskopischen Diagnose tauglichen Stückes nicht möglich. Ein 55jähriger Patient bekam deshalb wegen eines Tumors oberhalb des linken Taschenbandes die Laryngofissur gemacht; die nachträgliche Diagnose stellte aber nur kleinzellige Infiltratiom fest.

Winckler (Bremen): Mikroskopische Versager finden sich bei Larynxtumoren öfters. Aber W. hat auch 2 Fälle von Laryngofissur operirt, die beide bei älteren Leuten dem Anschein nach bösartige, nicht syphilitische Tumoren zeigten und wo bei beiden das nachträgliche mikroskopische Untersuchungsergebniss war, dass es sich um entzündliche, nicht carcinomatöse Veränderungen handelte.

Gluck (Berlin) Schlusswort.

Sack (Heidelberg) demonstrirt an einem Patienten den seltenen Fall eines primären Lichen ruber planus buccalis.

Besold (Falkenstein): Demonstration zweier Patienten der Lungenheilanstalt Falkenstein, bei denen ausgedehnte tuberkulöse Zerstörungen am weichen Gaumen, den Gaumenbögen und am Kehlkopf durch energische chirurgische Maassnahmen zur völligen Vernarbung gebracht worden sind. Eine antisyphilitische dreimonatliche Kur war zur Sicherung der Diagnose vorausgegangen.

Diskussion.

Pieniazeck (Krakau): Es kommt vor Allem auf die Art des tuberculösen Falles von Gaumentuberculose an. Solche mit langsam fortschreitendem Verlauf vertragen alle auch unvollständige chirurgische Eingriffe und geben gute Resultate, andere, die rascher und bösartiger verlaufen, reagiren selbst auf vollständige chirurgische Massnahmen nicht mit dem gewünschten Erfolg. Dass die Schmierkur von dem einen Patienten so gut vertragen wird, beweist schon die Gutartigkeit, denn sonst verschlechtern antisyphilitische Kuren den Zustand erheblich.

Avellis (Frankfurt a. M.): Postsyphilitische symmetrische Oberkieferatrophie als trophische Störung.

Ein Tabiker zeigt seit zwei Jahren rasch zunehmende Atrophie beider Oberkieferknochen. Zähne fielen schmerzlos aus. Der Alveolarrand ist verschwunden. Der harte Gaumen in allen drei Richtungen stark reducirt, die Fossa canina fast aufgehoben. Keine Eiterung und Nekrosen. Demonstration der Mundabdrücke in den verschiedenen Stadien.

Discussion:

Klaatsch (Heidelberg): Wie verhält sich der Unterkiefer?

Avellis: Der Unterkiefer ist ohne jede Veränderung und hat alle Zähne. Bei pathologischen Vorgängen (bei Erwachsenen) sind beide Kiefer unabhängig, da bei Akromegalie umgekehrt der Unterkiefer wächst und der Oberkiefer sich nicht anpasst.

Fischenich (Wiesbaden): Der gleichzeitige Gebrauch von Calomel und Jod bei Erkrankungen der oberen Luftwege.

Hat von diesem Gebrauch keinen Schaden gesehen bei etwa dreihundert Anwendungen, nur zwei Fälle reagirten stark. Bei einem wurde Calomel in den Larynx geblasen, wo sich deutliche Anätzung beider Taschenbänder, des Kehldeckels etc. zeigte. Die Untersuchung des Calomelpulvers ergab, dass es infolge langen Lagerns theilweise Sublimat enthielt. Die Aetzungen durch Jodquecksilber kommen fast alle aus der Augenpraxis, nur einmal bekam ein Patient Anätzung und Erstickung infolge Larynxinsufflation. Deshalb ist bei diesem doch Vorsicht angebracht.

Discussion:

Krieg (Stuttgart) hat in seiner langen Praxis von dem gleichzeitigen Gebrauch von Jod und Calomel niemals einen Nachtheil gesehen.

Seifert und L. Wolff halten die Furcht, Calomel und Jod gleichzeitig in der Laryngologie zu gebrauchen, auch für grundlos.

Pieniazeck (Krakau): Fremdkörper in den Bronchien.

Durch Killian'sche Tracheoskopie entfernte P. eine abgebrochene Heryng-sche Curette aus dem rechten Brönchus, die durch Röntgenstrahlen entdeckt wurde. Bei der Tracheoskopie sah P. den Fremdkörper nicht, ging blind in den rechten Bronchus ein und zog dem Gefühl folgend das Curettenstück heraus. Dreizehn ähnliche Fälle von Fremdkörpern in den tiefen Luftwegen hat Vortragender beobachtet, bei zwölf wurde die Tracheotomie gemacht und mit seinen Trachealröhren der Fremdkörper aufgesucht. Demonstration einiger Fremdkörper aus den Bronchien.

Discussion:

Schech berichtet von der tracheoskopischen Entfernung einer Kaffeebohne bei einem $2^3/_4$jährigen Kinde aus dem linken Bronchus mittelst einer neu construirten Zange.

V. Eicken (Freiburg i. B.) berichtet den gleichen Fall einer Kaffeebohne aus dem linken Bronchus bei einem $3^3/_4$jährigen Kinde mittelst eines 7 mm Durchmesser haltenden und 24 cm langen Trachealrohres.

Killian (Freiburg): Das blinde Zufassen ist nur im rechten Bronchus möglich, für den linken ist das Sehen unbedingt nöthig. Empfiehlt längere Röhren und Reinigung des Gesichtsfeldes. Schliesst noch drei Fälle von bronchoskopischer Entfernung von Fremdkörpern der allerletzten Zeit an mit günstigem Ausgang, die zum Theil schon publicirt sind.

Pieniazeck (Krakau): Von seinen dreizehn Fällen sass nur in einem der Fremdkörper, eine Tracheacanüle links. Körper, die nicht verletzen können, kann man auch dem Gefühl nach extrahiren, besonders frische Fälle, wo noch kein Eiter da ist.

Zarniko (Hamburg): Ueber intraepitheliale Drüsen der Nasenschleimhaut.

Es handelt sich um selbständige knospenähnliche Bildung intraepithelialer Schleimdrüsen. (Publicirt in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde.)

Stoeckel (Berlin): Beitrag zur Pathogenese und Therapie des Asthma bronchiale.

Kritik der früheren Ansichten. Auch ohne Vermittelung des Hirns kann auf dem Reflexbogen durchs verlängerte Mark Asthma ausgelöst werden. Heilung von Asthmatikern durch Eröffnung der Keilbeinhöhlen, wodurch der krankhafte Reflexbogen unterbrochen wurde. Daneben allgemeine Therapie gegen die neuropathische und somatische Veränderung.

Winckler (Bremen): Correction schiefer Nasen.

Abhebelung der Mucosa und des fracturirten Septums von unten her in Narkose durch Incision der Oberkieferschleimhaut bis zum Eckzahn und Freilegung des Nasenbodens, Incision auf den Knorpel mit Entfernung der luxirten Platte. Reposition. Naht.

Discussion:

Werner (Mannheim): Die Methode hat schon Lossen angegeben.

Seifert (Würzburg): Ueber Rhinitis hyperplastica.

Erwähnt sehr seltene Fälle von ödematöser, chronischer, nicht auf Cocain zurückgehender hyperplastischer Bildung der Nasenmuscheln, die hauptsächlich bei Männern vorkommt und die Seifert von der gewöhnlichen hyperplastischen Rhinitis als ödematöse Rhinitis trennen will. Therapie besteht in Abtragung mit Schlinge und Scheere. Beschreibung histologischer Präparate.

Discussion:

Schulze (Danzig) sah Fälle bei indolenten älteren Arbeitern. Sie erfordern energische Eingriffe.

Avellis (Frankfurt) führt einen gleichen Fall an, dessen histologische Untersuchung im Senckenberg'schen Institut die Befunde Seifert's bestätigte. Die völlige Wirkungslosigkeit des Cocains (auch hier handelte es sich um einen achtundvierzigjährigen, sehr nervösen Mann) und die Ohnmacht kleiner, speciell galvanoc. Eingriffe kennzeichnen schon klinisch diese hartnäckigen Fälle. Der Patient war seelisch sehr deprimirt. Nur theilweise Conchotomie führte zum Ziel. Diese Fälle sehen der Schleimhautelephantiasis vollkommen ähnlich (Clitoris!).

Wild (Zürich) sah die Affection einseitig.

Schech (München) bestätigt die Seltenheit der klinischen Form der Erkrankung und bezeichnete die Verdickung der Schleimhaut als schwartenartig.

Fackeldey kann nur gewöhnliche hyperplastische Rhinitis, keine Besonderheit in der Form anerkennen.

Ehrenfried (Kattowitz) bestätigt die Beobachtungen von Seifert und Avellis. Auch Adrenalin ruft keine Abschwellung hervor.

Meyer (Badenweiler) hebt ebenfalls die seelische Depression hervor.

Veis (Frankfurt): Physikalische Therapie bei Erkrankungen der oberen Luftwege.

Befürwortet die Anwendung von Hydrotherapie, Massage, Hypnose, vegetabilischer Diät und warnt vor häufiger localer Therapie.

An Stelle des durch Krankheit verhinderten Onodi (Pest) zeigt Avellis die schönen Abbildungen, die das Verhältniss vom Nerv. opticus zur Keilbeinhöhle und die verschiedene Gruppirung der Zellbildung bei der Stirnhöhle erläutern. (Inzwischen im Archiv für Laryngologie 1903, Heft II publicirt.)

Avellis.

---

b) 75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel 1903.

Bericht über die Abtheilung 23: Hals- und Nasenkrankheiten.

Sitzung vom 21. September, Nachmittags.

Einführende: San.-Rath Dr. Eysell, Dr. Kleyensteuber.
Schriftführer: Dr. Oppenheim, Dr. Winhold.

Eysell begrüsst die Anwesenden und fordert zur Wahl des Vorsitzenden auf, gewählt wird als Vorsitzender: Flatau (Berlin).

1. Vortrag: Bresgen (Wiesbaden): Eine neue Doppelnadel nach Jaenicke zur Elektrolyse in der Nasenhöhle nebst Erläuterungen zu ihrer Anwendung.

Er macht darauf aufmerksam, dass es ein besonderes Verdienst Jaenicke's sei, eine ausserordentlich zierliche Doppelnadel nebst ungemein leichtem Kabel zum Gebrauche in der Nase empfohlen zu haben, nur sei die Doppelnadel zu kurz, B. hat dieselbe auf 12 cm verlängert mit 1 bis $1^1/_2$ cm langen Spitzen, diese stehen 3—5 mm auseinander. Vortragender empfiehlt die Elektrolyse mit diesen Nadeln sehr, weil sie eine Befreiung des Nasenluftweges von Verschwellungen auch in solchen Fällen ermögliche, in denen weder Galvanokaustik noch chemische Aetzungen erlaubt seien. B. giebt auch genaue Erläuterungen bezüglich der Cocainisirung, sowie der Dauer der einzelnen Sitzungen, ganz besonders auch im Hinblick auf die erzielte M.-A.-Zahl, sowie auf die Stromwendung; wichtig sei auch den elekrischen Strom stets durch die Nadel eintreten zu lassen, die in der empfindlicheren Stelle stecke, es werde verhindert, dass bei der Stromwendung eine Abkürzung der Sitzungsdauer erzwungen werde. indem die Cocainisirung für weniger empfindliche Stellen auch nach der Stromwendung noch ausreiche.

Discussion:

Flatau fragt an, ob die Nadel auch Eindringen in den Knochen gestatte; er weist darauf hin, dass einzelne Personen sehr empfindlich für die Elektrolyse seien. In einzelnen Fällen seien die Dauerresultate vorzüglich im Vergleich zur Galvanokaustik.

Ad. Witzel (Bonn), fragt an, wie die Schmerzen in den Zähnen des Oberkiefers bei der elektrischen Behandlung der Nasenmuscheln zu Stande kommen. Bei entzündlichen Erkrankungen der Oberkieferhöhle werden Zahnschmerzen namentlich in den Praemolaren häufiger beobachtet.

Flatau und Barth: Die Schmerzen sind als auf Irradiation beruhend aufzufassen.

Bresgen bestätigt, dass man die Doppelnadel auch in den Knochen einstechen könne, doch ziehe er in solchen Fällen den Meissel vor. Er empfiehlt in den seltenen Fällen von hoher Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut Cocain in Verbindung mit Adrenalin, für gewöhnlich genüge sorgfältiges Cocainisiren.

Sitzung vom 22. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Bresgen.

1. Vortrag: Warnecke (Hannover): Demonstration von Instrumenten. Aseptischer Schutz bei Nasenoperationen aus Cofferdamgummi, Nasenzange, Warmluftapparat für Kieferhöhlenbehandlung, aseptische Stirnbinde.

2. Vortrag: Loewe (Berlin): Zur Chirurgie der Nase.

Bei chronischen Sinusitiden, allgemeiner Polypose, grösseren Schussverletzungen, bösartigen Tumoren der Nase und des Nasenrachenraumes, Septumdeviationen, Lupus, Nekrosen der Scheidewand ist die Eröffnung von aussen geboten. Den Zugang zur Nase verschafft er sich durch die sogen. Decortication, die Technik ist folgende: Schnitt durch die Uebergangsfalte der Oberlippe ihrer ganzen Ausdehnung nach — ausgiebige Abhebung der Gesichtsweichtheile an der Vorderfläche des Gesichtsskeletts — jederseits neben dem Frenulum labii sup. von unten, vom Schnitt durch die Uebergangsfalte her, kleine Incision in die Nasenschleimhaut — durch diese beiden Oeffnungen hindurch wird ein starker stumpfer Zweizink von den Nasenlöchern aus um die Oberlippe herumgeführt —. Uebt man hiermit einen sanften Zug aus, so reisst in den meisten Fällen die Nasenschleimhaut glatt vom Rande der Apertura pyriformis und an dem Vorderrande der Cart. quadrangularis ab (event. muss sie hier abgeschnitten werden). — Die Decortication lässt sich ohne Blutverlust ausführen.

Nach dieser Voroperation lassen sich leicht ausführen:

1. Operationen am Septum, z. B. der deviirten Knorpel und Knochen nach Abhebelung der Schleimhaut.

2. Die Ausräumung der Kieferhöhle nach Wegnahme der facialen und nasalen Wand sammt unterer Muschel.

3. Die sog. Abklappung: Hierbei wird ein breiter Flachmeissel dicht über der Spina nasalis anterior angesetzt und mit einigen Hammerschlägen durch das Septum und die vier Kieferhöhlenwände in horizontaler Richtung nach hinten getrieben, worauf die harte Gaumenplatte fallthürartig auf die Zunge herabgeklappt wird. Als Indicationen betrachtet L.: Schwere multiple beiderseitige Sieb- und Keilbeinempyeme, allgemeine Polypose, ausgedehnte Nekrosen, sonst nicht zu beseitigende Fremdkörper, maligne Tumoren der Nase und des Nasenrachenraumes, Freilegung der Basis cranii. Die hierzu nöthigen Eingriffe werden in einer zweiten Sitzung einige Tage später vorgenommen. Sodann schildert L. seine äussere Freilegung des Nasenskeletts bei Tumoren, Schussverletzung, Nekrosen der Aussenfläche des Gesichtsskeletts, event. zur Eröffnung der Stirnhöhle. Nach Vornahme der Decortication Schnitt durch das Filtrum der Oberlippe, längs der Nasolabialfalte zur Nasenwurzel, in der Mittellinie der Stirn bis zur Glabella, event. bis zur

Haargrenze, sodann Herüberklappen der ganzen knorpeligen Nase sammt den Weichtheilen der kranken Seite. Eine weitere neue Methode betrifft die Eröffnung der Stirnhöhle. Die Schnittführung ist die soeben geschilderte mit Zuhilfenahme eines Schnittes entsprechend der Augenbraue, oder die gebräuchliche Umkreisung der Orbita mit Abzweigung einer zweiten Schnittlinie nach oben. Sodann Abmeisselung der Vorderwand der Schuppen und Orbitalbucht. Incision der Mucosa, welche nach oben geklappt und an die Unterfläche des oberen Hautlappens angenäht wird. Die Giglisäge durchschneidet den Knochen vom Ductus nasofrontalis parallel zum Septum nach aussen. Ein zweiter Sägeschnitt durchtrennt den aufsteigenden Oberkieferfortsatz in der Richtung von der Thränensackgrube zum mittleren Nasengang. Der durch die beiden Sägeschnitte durchtrennte Knochenlappen wird nach oben aussen umgeklappt, worauf das System der anteductalen Stirnzellen frei zu Tage liegt. Danach Ausräumung und Vernähung.

Discussion findet nicht statt.

3. Vortrag: **Flatau** und **Gutzmann** (Berlin): Experimentelle Beiträge zur Physiologie des Gesanges.

Die Untersucher haben an einer Reihe von geeigneten Personen, z. T. an Sängern von Beruf, die Bewegungen des Kehlkopfes, der Zunge, des Unterkiefers und der Lippen mit feinen Registrirapparaten aufgenommen. Es ist ihnen gelungen, diese Bewegungen in ihren gegenseitigen Beziehungen bei der Vocalisation und bei den Tonfolgen aufzuzeichnen und zu einer übersichtlichen Darstellung zu bringen. Die sehr zahlreichen Ergebnisse lassen sich in einem Referate nicht vollständig wiedergeben. Auf einige Hauptgesichtspunkte sei aber hingewiesen. Es ergaben sich sowohl bei den Vorversuchen über die Bildung eines Tones auf verschiedene Vocale, wie bei den gesungenen Scalen durch eine und durch zwei Octaven zwei vollkommen geschiedene Bewegungstypen. Der eine Typus zeigt im Kehlkopf, in den Kiefer- und in den Lippenbewegungen stark ausgesprochene differente Vocalstellungen, dabei schwache, z. Th. ganz minimale Mundbodenbewegungen und im Ganzen geringe Lippenbewegungen. Von U und E abgesehen, ist die Lippenaction fast gleich Null. In den Tongängen ebenfalls starke und zwar stets der Scalenfolge gleichsinnige Kehlkopfbewegungen. Der Kehlkopf befindet sich bei der gesammten Phonation stets über der Indifferenzlage.

Im Gegensatz dazu steht der zweite den Berufssängern angehörige Bewegungstypus. Er enthält ganz geringe, den Tonfolgen nicht gleichsinnige Kehlkopfbewegungen und zwar — bald geringe Steigungen, bald Senkungen, Verschwinden der Vocaldifferenzen und stetes deutliches Hinneigen zur Differenzlage, dabei starke davon unabhängige Zungenaction, wobei noch — mitunter dann hier ausschliesslich — Vocaldifferenzen nachweisbar sind; ganz geringe Kieferöffnung, ohne Vocaldifferenzen — ausgenommen den Schluss der Athemphase bei Tongängen und die Höhe bei dem Schluss der zweiten Octaven, wo stärkere continuirliche Senkungen vorkommen. Regelmässig sehr starke, manchmal überraschend grosse Lippenstulpung ohne Vocaldifferenzen.

Danach lässt sich ein doppeltwirkender besonderer Mechanismus beim Kunstgesange nachweisen. Es ist einerseits eine nach aussen fortschreitende Arbeits-

belastung von Theilen des Ansatzrohres, wesentlich der Zungen- und der Lippenmusculatur zu Gunsten des Kehlkopfes, der geringere Arbeit zu leisten hat. Anderseits das Bestreben aus den typischen natürlichen Vocalstellungen heraus zu einer Einheitstellung der übrigen Theile zu gelangen, während die compensative Leistung nur noch durch die Mundbodenbewegung gegeben ist.

Der Gesang erfordert also compensatorische Vocalstellungen und der dabei wirkende gesammte Mechanismus der Phonations- und des Articulationsbezirkes schafft unter Entlastung des Kehlkopfes selbst und vermittels der compensativen Thätigkeit peripherer Theile bessere Bedingungen für die einheitliche Richtung und Concentration der Schallwellen.

Sitzung 23. September Vormittags.

Vorsitzender: Gradenigo.

Diskussion im Anschluss am vorigen Vortrag von Flatau und Gutzmann.

Barth (Frankfurt a. O.): Die von Flatau und Gutzmann gewonnenen Ergebnisse führen zu einer werthvollen Bereicherung der Laryngologie auch in praktischer Beziehung, denn so lange wir keinen Einblick in die Physiologie der Stimmbildung des Kunstgesanges haben, sind wir auch nicht im Stande, eine erfolgreiche Therapie der funktionellen Stimmstörungen einzuleiten.

Zwaardemaker giebt in erster Linie seinem Dank und seiner Ueberraschung Ausdruck, dass mit den einfachen Apparaten so schöne und interessante Resultate gewonnen werden können. Weiter macht er einige methodologische Bemerkungen, namentlich über die gesonderte Aufschreibung der Auf- und Abwärtsbewegung und der Vor- und Rückwärtsbewegung des Kehlkopfs. Die beiden Typen des Herrn Vorredners, der Rednertypus und der Sängertypus werden noch näher hervorgehoben.

Gutzmann: Zur absoluten Messung der Bewegung des Kehlkopfes ist auch die Serienphotographie anzuwenden und wir sind dabei diese Untersuchungen zu machen; dass sie möglich ist, geht schon aus meinen Untersuchungen über die Sprechbewegungen hervor.

Flatau: Für die Physiologie des Kunstgesanges ist die reine laryngoskopische Beobachtung nicht so sehr gewinnreich gewesen, wie die Laryngologen es glauben. Gegenüber der Ueberschätzung des Kehlkopfbildes ist es wichtig, die ideale Coordination aller phonischen und articulatorischen Factoren zu studiren. Die Gesetze könnten nur aus den einfachsten Leistungen entnommen werden. Der geschulte Künstler ist natürlich jeder Zeit im Stande für bestimmte Zwecke mehr oder weniger davon aufzugeben. Kleyensteuber (Cassel).

---

d) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

X. Sitzung. 7. December 1902 in Köln.

I. Hopmann: Vorstellung eines Patienten mit fötiden Empyemen fast des gesammten Nebenhöhlensystems beiderseits.

II. Cohen (Mülheim): Vorstellung eines Patienten mit vollständigem Defect des rechten hinteren Gaumenbogens in Folge von tertiärer Syphilis.

Der Defect entstand durch Zerfall einer schlitzförmigen Perforation des Gaumenbogens und Vernarbuug eines damit in Verbindung stehenden, von der Tubenmündung bis zum oberen Kehldeckelrand reichenden Geschwürs. C. macht besonders auf die grosse Seltenheit der Defecte der hinteren Gaumenbögen aufmerksam.

III. Kronenberg (Solingen): Referat über die Behandlung der Larynx-Tuberculose.

Nach einem kurzen Rückblick auf die Entwicklung der Therapie wendet K. sich zunächst den verschiedenen Formen der Erkrankung, dem Infiltrat, dem Geschwür und dem Tumor zu. Den „Catarrh“ (ohne Infiltrat) lässt er als selbstständige Erkrankung gelten und ist der Auffassung, dass die Larynx-Tuberculose stets als secundäre Erkrankung aufträte. In Bezug auf die Erfolge der Behandlung weichen die Statistiken wesentlich von einander ab, was wohl durch die Verschiedenheit des Materials (Polikliniken oder Heilanstalten) und durch die mehr oder weniger enthusiastische Auffassung bedingt ist. Bei der so grossen Abhängigkeit des Verlaufs der Larynx-Affection vom Stande der Lungenerkrankung ist bei der Prognose wesentlich auf letztere Rücksicht zu nehmen, doch kommt es sowohl bei mittelschweren als auch bei vorgeschrittenen Fällen von Larynxphthise vor, dass Kehlkopf-Affectionen (Infiltrate und Geschwüre) ohne chirurgische Behandlung heilen. (2 derartige Fälle theilt K. mit.) Ebenso werden oft umgekehrt stationäre Fälle progressiv.

Bezüglich der Behandlungsmethoden ist K. ein (wenn auch reservirter) Anhänger der chirurgischen Behandlung, deren Erfolge besonders beim solitären Tumor evident sind.

Gegen Laryngofissur bei wenig ausgedehnter Lungentuberculose spricht sich K. entschieden aus, zumal durch diese Operation nicht immer eine radicale Beseitigung der Geschwüre zu erreichen ist; immerhin hält er diese Operation in ganz bestimmten Fällen für berechtigt, zumal, wenn wegen Dyspnoe Tracheotomie nothwendig war. Der Vorschlag Moritz Schmidt's, zur Ruhestellung des Kehlkopfes die Tracheotomie vorzunehmen, hat nach K. heute keine practische Bedeutung mehr.

Vom Mund aus gut erreichbare leichte Infiltrate will K. möglichst schonend behandelt wissen, da hierbei Spontanheilungen nicht selten sind, Geschwüre dagegen sind gründlich zu beseitigen, am besten in klinischer Behandlung, wozu vor Allem Epiglottisgeschwüre, die eventuell Amputation nothwendig machen, gehören. Bezüglich der Chancen, randständige Geschwüre der Stimmbänder, tumorartige Schwellungen über den Aryknorpeln u. s. w. radical zu beseitigen, spricht sich K. nicht sehr optimistisch aus, zumal in derartigen Fällen der Erkrankungsherd sich oft wesentlich mehr in die Tiefe ausdehnt, als es vor der Operation der Fall zu sein schien; als Instrumente für derartige Eingriffe wird die Doppelcurette bevorzugt. Bei der Auswahl der mittelschweren und schweren Fälle, die eventuell für

chirurgische Operation geeignet erscheinen, glaubt K. ganz besondere Vorsicht anrathen zu müssen; für diese Fälle hält er (nach Beseitigung von Granulationen etc.) die Pulverbehandlung für angezeigt und empfiehlt besonders Jodoform und Jodol, womöglich nach vorheriger Beseitigung des Secrets durch Ausspülung mit Kochsalz- oder Sodalösung, die regelmässig vorzunehmen sind. Für die Anwendung von Adstringentien wird die Spritze empfohlen. Bei Infiltraten hält K. die conservative Behandlung für rathsam und warnt vor Scarificationen. Die frühere Begeisterung für Milchsäure theilt auch K. nicht mehr, hält sie aber für nützlich bei Nachbehandlung von operirten Geschwüren etc. Aus der grossen Zahl der anderen mehr oder weniger gebräuchlichen Aetzmittel wird die Trichloressigsäure bevorzugt. Ganz besonders empfohlen wird für Granulationen und Geschwüre der hinteren Wand die Galvanocaustik, und theilt K. darin die Ansicht Schmithuisen's und Kafemann's.

Was die Inhalationstherapie betrifft, so wird ihr Nutzen voll gewürdigt, und macht K. von ihr zu bestimmten symptomatischen Zwecken Gebrauch; auf die einzelnen dazu verwandten Medicamente, sowie auf die symptomatische Behandlung aussichtsloser Fälle geht er nicht näher ein.

Der Hauptwerth ist nach K.'s Auffassung auf die Allgemeinbehandlung der Larynxtuberculose zu legen, und kommen hierbei Diät, interne Behandlung, physikalische Heilmethoden und Klimatotherapie besonders in Betracht. K. hält es nicht für berechtigt, dass einige Volksheilstätten sich weigern, Tuberculosekranke mit Larynxaffectionen aufzunehmen, und glaubt, dass bei einer Reihe von gutartigen Fällen der Aufenthalt in einer Heilanstalt bei entsprechender Localbehandlung gerade günstig für die Heilung sein dürfte.

Zum Schluss fasst K. seine Anschauungen dahin zusammen, dass bei gutem Allgemeinzustande die chirurgische Behandlung der tuberculösen Herde dann angezeigt sei, wenn Aussicht auf totale Entfernung vorliege, oder wenn bedrohliche Complicationen zu bekämpfen seien. Das werthvollste Mittel zur Anstrebung einer Spontanheilung ist eine sorgfältig durchgeführte Allgemeinbehandlung auf dem Boden der physikalisch-diätetischen Heilmethoden.

Discussion:

Meissen (Hohenhonnef) theilt die Ansicht Kronenberg's bezüglich der Wichtigkeit der Allgemeinbehandlung; ca. 50—60 pCt. seiner Patienten leiden auch an Larynxtuberculose. Die Behandlung ist im Wesentlichen eine conservative und wird besonderer Werth auf die Ruhestellung des Kehlkopfs (Schweigecur) gelegt. Bei Insufflationen etc. wird vorher eine Reinigung des Kehlkopfs durch Inhalationen zu erzielen gesucht. Die Erfolge sind befriedigend, doch warnt M. vor Optimismus und hebt auch hervor, dass der Verlauf der Kehlkopftuberculose vom Verlaufe der stets gleichzeitig vorhandenen Lungentuberculose abhängig sei und dass diejenigen Fälle der Kehlkopftuberculose, die die gutartige Form der Lungentuberculose begleiten, für die Ausheilung die besten Chancen bieten.

Proebsting (Wiesbaden) spricht sich für das Cürettement aus und empfiehlt zur Nachbehandlung Dijodoform, ein Pulver, das den Patienten zur Selbstapplication mittelst einer entsprechend gebogenen Glasröhre verordnet wird. Die

Schmidt'sche Tracheotomie hält er unter Umständen für empfehlenswerth, kann aber die Krause'schen Resultate mit intravenösen Hetol-Injectionen nicht bestätigen.

Blumenfeld (Wiesbaden) betont die Nothwendigkeit langjähriger Beobachtung, bevor ein operirter tuberculöser Kehlkopf als geheilt zu betrachten ist. Er empfiehlt auch besonders die Galvanocaustik und berichtet über 2 von ihm operirte und seit 7 Jahren geheilt gebliebene Fälle (Tub. der Epiglottis). Die Tracheotomie möchte B. nur als Operation mit vitaler Indication betrachtet wissen und räth bei Stenosen zur versuchsweisen Anwendung der Cürette, wenn die Infiltrate annähernd in einer Ebene liegen, andernfalls kommt die Laryngofissur in Betracht.

Moses (Köln) steht auch den Resultaten der Behandlung der Larynxphthise sceptisch gegenüber, zumal der Stand der Lungenaffection dabei zu sehr ins Gewicht fällt. Auch M. giebt der Galvanocaustik den Vorzug und hatte ebenso wie Blumenfeld Gelegenheit, sich von den guten Resultaten, die Schmithuisen mit dieser Behandlungsmethode erzielte, zu überzeugen. Dauernden Erfolg hatte M. mit Galvanocaustik in 2 Fällen (einer seit $2^1/_2$ Jahren); in beiden Fällen war aber auch der Verlauf der Lungenphthise ein günstiger.

Lüders (Wiesbaden) hält das Cürettement nur für leicht erreichbare Ulcera für geeignet. Die Tracheotomie nützt häufig noch bei vorgeschrittener Larynxphthise, weil sie Ruhigstellung des Kehlkopfs, Wegfall der Schluckbeschwerden und leichtere Athmung ermöglicht. Bei ganz geringer oder nicht nachweisbarer Lungenaffection kann auch die Laryngofissur Hervorragendes leisten. L. hat letztere zweimal in den letzten Jahren angewandt; im ersten Fall wurde der Pat. geheilt, im zweiten starb er ein Jahr nach der Operation an disseminirter Lungenphthise. Von Aetzmitteln giebt L. auch der Galvanocaustik den Vorzug und erwähnt, dass seine bei combinirter Kehlkopf-Lungen-Tuberculose mit Tuberculin und Tuberculocidin erzielten Resultate durchaus ungünstig waren.

Keller (Köln) bevorzugt zweifellos die Galvanocaustik und erwähnt, dass schon Voltotini auf die geringe Reaction bei dieser Behandlungsmethode sowie auf die Vorzüge derselben, die sie durch die Möglichkeit, mit den gracilen Instrumenten exact zu arbeiten, bietet, hingewiesen hat.

Hopmann (Köln) hält das chirurgische Eingreifen bei vorgeschrittenen Fällen mit Stenose und Dysphagie für durchaus berechtigt und betont die durch Tracheotomie zu erzielende Ruhestellung des Kehlkopfs und Erleichterung der Exspectoration. Parallelismus der Kehlkopf- und Lungentuberculose ist sehr oft, aber nicht immer vorhanden. Wenn auch primäre Kehlkopftuberculose höchst selten ist, so ist doch oft die Erkrankung des Kehlkopfs weit erheblicher als die der Lungen. Im Allgemeinen spricht sich auch H. mehr für schonendes als eingreifendes Verfahren aus und empfiehlt, von Fall zu Fall zu entscheiden, ob operatives Eingreifen geboten erscheint. H. führt 3 characteristische Fälle von Dauererfolg an, der theils durch Thyreofissur bezw. Creosot, theils durch örtliche Aetzungen und Cürettement, theils durch Tuberculininjectionen ohne örtliche Behandlung des Kehlkopfs erzielt wurde.

IV. Lüders (Wiesbaden): a) Demonstration tuberculöser Kehlköpfe.

Im ersten Fall war trotz Laryngofissur und Ferrum candens keine Ausheilung erzielt und neue Ulcera und Perichondritis des Thyreoidknorpels aufgetreten. Beim zweiten Präparat sind neben tuberculösen Zerstörungen auf der Zunge und Epiglottis Narben ausgeseilter luetischer Affectionen zu constatiren. Bei den übrigen Präparaten ist besonders die Richtung der Ulcera, die mit ihrer Längsachse horicontal stehen, bemerkenswerth; möglicher Weise hängt diese Proliferation mit dem Verlauf der Gefässe der Lymphbahnen zusammen.

b) Ueber einige Streitfragen bei der Operation in Fällen otogener Pyaemie im Anschluss an zwei operirte und geheilte Fälle.

V. Keller (Köln): Die Bedeutung der Mader'schen Experimente für die Theorie der Schallleitung.

VI. Lünenborg (M.-Gladbach) berichtet über einen Fall von luetischem Primäraffect im Larynx. Es zeigte sich zunächst eine kirschengrosse, schmieriggrau belegte Geschwulst in der Gegend des linken Aryknorpels, die auf Localbehandlung mit Jodkali fast ganz zurückging. Nach einigen Monaten Heiserkeit, Röthung und Schwellung der Stimmbänder, wozu sich später deutliche Symptome secundärer Lues an den Mandeln, Plaques der Zunge und Psoriasis palmaris gesellten. Alle Erscheinungen gingen nach einer gründlichen Schmierkur prompt zurück. Bezüglich der Art der Infection war nur zu eruiren, dass Patient häufig aus Pfeifen seiner Freunde geraucht hat.

Analoge Fälle konnte L. in der Literatur nicht finden.

Discusion: Hopmann bemerkt, dass 2 Fälle von Primäraffect der Epiglottis veröffentlicht sind.

Moses (Köln).

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Unserem verehrten Altmeister, Professor Dr. Moritz Schmidt (Frankfurt) ist in Anerkennung der erfolgreichen, von ihm an S. M. dem deutschen Kaiser vollzogenen Operation der Charakter als Wirklicher Geheimrath mit dem Prädicat „Excellenz“ beigelegt worden. Bei Ueberreichung des Geheimrathsdecrets sagte der Kaiser dem Empfänger: „Da wird sich auch die Laryngologie freuen.“ Die Worte sind bedeutungsvoll, denn sie bezeugen, dass in dem Einzelnen der Stand geehrt werden sollte. Wir glauben im Namen der Laryngologen aller Länder versichern zu dürfen, dass die hohe Ehrung, die unserem verdienten Collegen zu Theil geworden ist, allerorts freudigen Widerhall gefunden hat und genau in dem Sinne aufgefasst worden ist, in dem der Kaiser sie verstanden wissen wollte. — Moritz Schmidt ist von der Berliner Laryngologischen Gesellschaft einstimmig zum Ehrenmitglied gewählt worden.

Professor E. Eeman (Ghent) ist zum Ritter des belgischen Leopoldordens ernannt worden.

Unserem werthen Mitarbeiter J. Donelan ist in Anerkennung seiner Verdienste um die Begründung einer Abtheilung für Halskrankheiten am italienischen Hospital in London das Ritterkreuz des italienischen Kronenordens verliehen worden.

William Johnson Walsham †.

Am 5. October erlag einer der geschätztesten Londoner Specialcollegen, Mr. Walsham im 56. Lebensjahre den Folgen eines langjährigen Nierenleidens. Der Verstorbene war durchaus nicht ausschliesslich Specialist; er bekleidete vielmehr die vielgesuchte Stellung eines dirigirenden Chirurgen am St. Bartholomäus-Hospital und war als allgemeiner Chirurg ebenso bekannt als angesehen. Seit vielen Jahren aber beschäftigte er sich mit ganz besonderer Vorliebe mit der Chirurgie der Nase und arbeitete als Pionier auf diesem Gebiete. — Das „Journal of Laryngology" zählt in seiner Decembernummer nicht weniger als 25 Arbeiten auf, die der Heimgegangene zwischen 1882 und 1903 über Nasenleiden veröffentlicht hat, und unser eigenes Blatt hat über die meisten derselben und über Walsham's Theilnahme an den Discussionen in der Laryngologischen Gesellschaft, als deren Schatzmeister er Jahre lang fungirte, von London periodisch berichtet. — Walsham war eine sehr beliebte Persönlichkeit, und ihm bleibt ein ehrendes Andenken gesichert.

Die Frage der Weglassung der Tamponade und der sofortigen Entfernung der Tracheotomiecanüle nach Kehlkopfspaltung wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen.

In dem gekürzten Bericht über die 10. Versammlung des Vereins süddeutscher Laryngologen zu Heidelberg am 1. und 2. Juni 1903, welchen diese Nummer bringt, heisst es (S. 43): „Killian (Freiberg i. Br.): Semon empfiehlt aufs Wärmste, nach kleinen Carcinomexcisionen und der Thyreotomie weder eine Canüle einzulegen, noch den Larynx abzutamponiren, sondern die Knorpelplatten zu vereinigen und einen Verband anzulegen. Was hat Herr Gluck in Bezug auf diesen Punkt für Erfahrungen?"

Leider findet sich in dem Bericht keine Antwort von Seiten Prof. Gluck's auf diese Anfrage. Dagegen heisst es in der Discussion (S. 44): „Kümmel (Heidelberg) hat bei der Weglassung der Tamponade und der frühzeitigen Beseitigung der Canüle keine guten Resultate gehabt. Fieber und Schleimhautödeme gefährden die Patienten."

Ich bekenne, dass mir die im letzten Satze gegebene Motivirung nicht verständlich ist. Ich besitze zur Zeit eine recht beträchtliche Erfahrung über die Thyreotomie wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen mit sofortiger Entfernung der Tracheotomiecanüle und Weglassung der Tamponade; es sind mir aber bei genauer Einhaltung der von mir im „Archiv für Laryngologie" Bd. VI. Ss. 394—399 angegebenen Technik die beiden von Herrn Kümmel genannten Gefahren weder thatsächlich begegnet, noch vermag ich einzusehen, dass Fortlassung der Tamponade und sofortige Entfernung der Tracheotomiecanüle nach der Operation in irgend einer Weise für „Fieber und Schleimhautödem" verantwortlich gemacht werden können.

Da aber die Frage eine praktisch wichtige ist und es wünschenswerth scheint, dass die in England längst praktisch erprobte und bewährt gefundene Methode endlich auch in Deutschland allgemeiner als bisher geprüft wird, stelle ich den Briefkasten des Centralblattes gern zur Verfügung für ihre weitere Discussion.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, Februar. 1904. No. 2.

I. Referate.

a. Aeusserer Hals, obere Luftwege.

1) **J. A. Hammar** (Upsala). **Das Schicksal der zweiten Schlundspalte beim Menschen. Zur vergleichenden Embryologie und Morphologie der Gaumentonsille.** *Anat. Anzeiger. Bd. XXII. No. 9/10. S. 221.*

Von der zweiten Schlundtasche, die allmälig atrophirt, bleibt nur die dorsale Verlängerung übrig. In diese dorsale Ausbuchtung wächst ein vom Schlundbogen sich entwickelnder Höcker, der Tonsillenhöcker, hinein. Die dorsale Taschenverlängerung wird hierdurch erweitert. Bei dem im Zusammenhange mit der Gaumenbildung erfolgenden Entstehen der beiden Gaumenbogen erfährt dieselbe eine weitere Vergrösserung und eine schärfere Abgrenzung. Also entsteht die Tonsillenbucht. Die Tonsillenbucht und der Tonsillenhöcker sind die bei der Tonsillenbildung grundlegenden Gebilde. Die Bildung des lymphoiden Gewebes der Tonsillen wird durch eine starke Vermehrung der fixen Bindegewebszellen eingeleitet.

J. KATZENSTEIN.

2) **J. A. Hammer. Studien über die Entwickelung des Vorderdarms und einiger angrenzender Organe. II. Abth. Das Schicksal der zweiten Schlundspalte. Zur vergleichenden Embryologie und Morphologie der Tonsillen.** *Archiv f. mikr. Anat. LXI. 3. S. 404.*

Die Tonsille des Menschen entsteht im Anfang des dritten Embryonalmonats aus einer primären Tonsillenbucht; dieselbe nimmt den Rest der zweiten inneren Schlundtasche in sich auf. Die Bucht wird durch den vom Mundboden aus sich vorbuchtenden Tonsillenhöcker von vorn herein eingeengt. Dieser Höcker nimmt beim Menschen an der Tonsillenbildung keinen directen Antheil und wird bald in die Plica triangularis umgewandelt. In der Mitte des dritten Monats wird die Tonsillenbucht durch die Intertonsillarfalte in zwei Tonsillarrecesse getheilt, von denen der eine nach oben und vorn, der andere nach unten und hinten liegt. Indem vom Boden und der Aussenwand eines jeden Recesses Anfangs solide, später durch centrale Verhornung fest werdende Epithelsprossen in das umgebende

Bindegewebe hineinwachsen, in deren Umkreis es zur Ausbildung von lymphoidem Gewebe kommt, wird jeder Tonsillarrecess zum Ausgangspunkt der Bildung eines Tonsillarlobus.

J. KATZENSTEIN.

3) **Diehl. Ein Fall von reinem Blähhals.** *Münch. med. Wochenschr. No. 23. 1903.*

Mittheilung eines Falles von plötzlichem Entstehen einer Geschwulst an der rechten Halsseite nach starker Anstrengung der Bauchpresse; durch Pressen wird die Geschwulst noch grösser. D. führt sonderbarerweise die Affection auf einen „Lungenriss" zurück, wobei Husten, Blutauswurf völlig fehlten!

SCHECH.

4) **Reclus** (Paris). **Tumoren branchialen Ursprungs. (Tumeurs d'origine branchiale.)** *Société de chirurgie. 11. Juli 1903.*

Verf. hat drei derartige Tumoren operirt. Der eine sass zwischen Sternocleidomastoideus, Unterkiefer und Zungenbein. Um ihn entfernen zu können, musste R. ein Stück der Carotis reseciren. Der zweite hatte seinen Sitz zwischen Parotis und Unterkiefer; er wurde mit einem Theil der Drüse exstirpirt. Beide Tumoren waren Epitheliome. Der dritte Tumor — eine Mischgeschwulst — sass in der Glandula submaxillaris. Verf. erinnert daran, dass diese Geschwülste mit embryonalen Einschliessungen zusammenhängen; sie sind entweder von epitheliomatösem oder gemischtem Charakter, je nachdem sie von dem epithelialen oder bindegewebigen Theil der Schlundbögen ihren Ursprung nehmen. Während es sich stets empfiehlt, die gemischten Branchialgeschwülste zu exstirpiren, ist dies bei den epithelialen wegen der eventuellen Operationsfolgen zweifelhaft.

PAUL RAUGÉ.

5) **Faure** (Paris). **Bösartige Branchiome. (Branchiomes malins.)** *Société de chirurgie. 23. Juli 1903.*

In den vom Verf. beobachteten Fällen handelte es sich um branchiogene Epitheliome. Im ersten Fall war der Tumor den grossen Halsgefässen so adhärent, dass man auf seine Entfernung verzichten musste. Patient starb nach einigen Monaten. Der zweite Patient ist operirt worden und zeigt bisher kein Recidiv.

PAUL RAUGÉ.

6) **E. Bates Block. Parotitis nach Typhus. (Parotitis following typhoid fever.)** *Atlantic Journal Record of Medicine. Juli 1903.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

7) **C. T. March. Ein Fall eitriger Parotitis als Complication von Pneumonie. (A case of suppurative parotitis complicating pneumonia.)** *Interstate medical Journal. Juli 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

8) **Nobicourt** und **Voisin. Eitrige Parotitis. (Parotidite suppurée.)** *Société de Pédiatrie. 17. Juni 1903.*

Es traten in diesem bei einem Neugeborenen beobachteten Fall metastatische Abscesse auf, die den Exitus zur Folge hatten.

PAUL RAUGÉ.

9) **Geo Mc. Haughton. Epidemische Parotitis mit Metastasen an den weiblichen Genitalien. (Epidemic parotitis with metastasis to the female genitalia.)** *Pediatrics. Mai 1903.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

10) **Herm. Schridde. Ein Rundzellensarkom der Parotis.** (Aus dem pathol.-anatom. Institut der Universität Erlangen.) *Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie. XXXIV. 1. 1903.*

Bei einem 22jährigen Mädchen fand sich in der Gegend der rechten Ohrspeicheldrüse eine ziemlich flache, nicht druckempfindliche, höckrige, mässig derbe Geschwulst, die sich nach der Exstirpation als aus einzelnen durch bindegewebige Stränge geschiedenen Knollen zusammengesetzt erwies.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte ein typisches kleinzelliges Rundzellensarkom, bei dem es zu einer Wucherung des Epithels der im Sarkomgewebe noch erhalten gebliebenen Speicheldrüsen in ihr Lumen hinein gekommen war.

A. ROSENBERG.

11) **Georges Leclerc** (Lyon). **Bösartige Parotisgeschwulst. (Tumeur maligne de la glande parotide.)** *Lyon médical. 6. December 1903.*

Es handelte sich um ein Carcinom der rechten Ohrspeicheldrüse, das in der Höhe des grossen Keilbeinflügels in die Schädelhöhle eingedrungen war und den rechten Stirnlappen zerstört und auch die rechte Orbita ergriffen hatte. Metastase in Lungen und Rippenfell. Tod. PAUL RAUGÉ.

12) **P. Mc. Bride. Einige functionelle Halsneurosen. (Some functional neuroses of the throat.)** *Edinburgh Med. Journal. August 1902.*

Verf. theilt einige interessante Fälle mit. In einem handelte es sich wahrscheinlich um ein pharyngeales Pfeifen, wo das Geräusch dadurch hervorgebracht zu werden schien, dass die Luft durch einen engen Kanal strich, der seitlich durch die Gaumenbögen, oben durch das Gaumensegel und hinten durch die Zunge gebildet wurde. Im zweiten Fall bestand ein inspiratorischer Spasmus gleichzeitig mit functioneller Aphonie. Verf. macht auf die Möglichkeit aufmerksam, diesen spastischen Zustand mit doppelseitiger Abdutorlähmung zu verwechseln.

A. LOGAN TURNER.

13) **H. J. Butlin** (London). **Eine klinische Vorlesung über „Schluckbeschwerden". (A clinical lecture on „Difficulty in swallowing".)** *The Clinical Journal London. 21. October 1903.*

Verf. giebt eine sehr sorgfältige und detaillirte Abhandlung über die Bedeutung dieses Symptoms und über die verschiedenen Affectionen, bei denen es sich findet. JAMES DONELAN.

14) **Friedjung** (Wien). **Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Stenosen der oberen Luftwege.** *Archiv f. Kinderheilkde. 35. Bd. 1903.*

Mittheilung einer Reihe von interessanten Fällen mit Hinweis auf die oft ausserordentlich schwierige Diagnose der Larynx- resp. Trachealstenose. Es

werden beschrieben 6 Fälle von schwer diagnosticirbarer diphtherischer Larynxstenose, 2 Fälle von schwerer katarrhalischer Larynxstenose, 1 Fall von Retropharyngealabscess, 1 Fall von Trachealstenose durch Schwellung mediastinaler Drüsen bedingt, 1 Fall von Fremdkörper in der Trachea, 1 Fall von Cystenbildung in der rechten Vallecula, 1 Fall von Larynxstenose bei chronischer Urämie, 1 Fall von Status epilepticus, welcher letal endigte, 1 Fall von schwerer Larynxstenose in Folge von initialem Katarrh bei Masern, 1 Fall von Fremdkörper im linken Hauptbronchus.

SEIFERT.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **B. B. Cates. Acute Rhinitis. (Acute Rhinitis.)** *Cincinnati Lancet Clinic. 31. Januar 1903.*

Rp. Alumin. acet.
Menthol.
Acetanilid aa. 1,0
Bismut. subnitr. 10,0.
M. f. pulv. D. S. Schnupfpulver.

EMIL MAYER.

16) **Sternberg. Acute Coryza. (Acute coryza.)** *Journal American Medical Association. 21. Februar 1903.*

Verf. nimmt eine alte Behandlungsmethode wieder auf, die daran besteht, dass man den Pat. während 24 Stunden bei völliger Trockendiät belässt. Dadurch soll die Vermehrung der Secretion und die Congestion nach Kopf, Hals und Conjunctiva hintenangehalten werden.

EMIL MAYER.

17) **Carolus M. Cobb. Durchleuchtung der Nasennebenhöhlen während der acuten Coryza. (Transillumination of the nasal accessory sinuses during acute coryza.)** *Journal American Medical Association. 28. Februar 1903.*

Verf. stellt als erste Forderung für die Durchleuchtung auf, dass die Lampen eine weit höhere Helligkeit haben müssen, als die gewöhnlich gebrauchten. Während der Frühperioden des acuten Schnupfens findet man nur selten die Höhlen bei der Durchleuchtung dunkel, während dieser Befund in den späteren Stadien der gewöhnliche ist. Ferner bezeichnet Verf. es als häufig, dass, wenn bei acutem Schnupfen die Ohren befallen sind, auch die Nebenhöhlen erkrankt gefunden werden.

EMIL MAYER.

18) **Jonathan Wright. Erguss von Serum in die Nasenschleimhaut bei Coryza. (Effusion of serum into the nasal mucosa in coryza.)** *American Journal Medical Sciences. Juni 1903.*

Bei acuter Coryza besteht eine Dilatation der Lymphspalten in Folge des plötzlichen und excessiven Serumaustrittes aus den Blutgefässen in das durch die chronische Entzündung geschwächte Stroma. In einer noch nicht durch chronische Entzündung alterirten Mucosa besitzen die ungestreiften Muskelfasern und die elastischen Fasern des Stromas noch genügend contractile Kraft, um während

der Coryzaattacke zeitweilig das Blut auszutreiben. In einer geschwächten Schleimhaut besteht diese Fähigkeit, zeitweise und schliesslich definitiv ihr normales Volumen sich wieder zu verschaffen, nicht.

EMIL MAYER.

19) **Ola S. Hendrixson. Hypertrophie der Muscheln. (Enlarged turbinals.)** *Columbus Medical Journal. März 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

20) **E. L. Shurly. Betrachtungen über die Aetiologie der hypertrophischen Rhinitis. (Remarks on the etiology of hypertrophic rhinitis.)** *Laryngoscope, Mai 1903.*

Als die häufigsten Ursachen für hypertrophische Rhinitis betrachtet S. Masern, Scharlach und Diphtherie. Ferner beschuldigt er für ihr Zustandekommen unsere irrationellen Lebensbedingungen in Bezug auf Kleidung, Ueberheizung und mangelhafte Ventilation der Wohnräume, zu reichliche Ernährung etc.

EMIL MAYER.

21) **Pasmanik** (Genf). **Beitrag zur Symptomatologie und Behandlung der hypertrophischen Rhinitis. (Contribution à l'étude de la symptomatologie et du traitement de la rhinite hypertrophique.)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 1—3. 1903.*

Verf. hebt unter den hypertrophirenden, chronischen Nasenkatarrhen eine trockene Form hervor, die er nicht als Stadium, sondern als Variation der Krankheit ansieht. Mit Unrecht bezweifelt er, dass die perforirenden ulcerösen Processe an der Nasenscheidewand ziemlich häufig und meist nicht specifischer Natur sind. Die Akne der Nasenspitze sah er oft mit chronischer Nasenverstopfung vergesellschaftet und mit dieser verschwindend. Aus dem engen Zusammenhang zwischen Scrophulose und chronischer Rhinitis zieht er den etwas weitgehenden Schluss, dass die Behandlung der Kinderscrophulose bei der Nase einzusetzen habe. Verf. sucht das schlüpfrige Gebiet der Reflexneurosen, auf welchem immer noch recht unsicher herumgetappt wird, einigermaassen klar zu legen. Mit Recht weist er das Asthma und die Neurasthenie hinaus, welche wirklich mit Nasenaffectionen nicht mehr als mit irgend einem anderen chronischen Uebel zu thun haben und wo immer eine allgemeine Behandlung zur Hülfe herbeigezogen werden muss, wenn die Nasenbehandlung Erfolg haben soll. Er lässt aber kephalische Störungen, wie Schwindel, Migräne, Gedächtnissschwäche u. a. m., zu deren Erklärung mechanische oder circulatorische Factoren geeigneter und wahrscheinlicher sind, als Reflexneurose bestehen. Jedenfalls kann man mit Verf. übereinstimmen, wenn er sagt, dass das Heer der nasalen Reflexneurosen nach und nach bedeutend reducirt werden wird. Er führt einige selbstbeobachtete Fälle aus dem genannten Gebiete an, worunter eine Epilepsie, eine Herzneurose und einen Tic convulsif des Gesichts, welche durch Behandlung der Nase geheilt wurden.

Für die Therapie entwickelt Verf. richtige Grundsätze, z. B. kein Wasser bei acuten Rhinitiden; bei der galvanischen Kauterisation chronischer Muschelschwellungen lieber energische Aetzungen in wenigen Sitzungen, als oft wieder-

holte schwache Eingriffe. Das Schriftchen ist namentlich Nichtspecialisten zur Lectüre zu empfehlen.

G. JONQUIÈRE.

22) **James M. Brown. Rhinitis hypertrophicans. (Intumescent rhinitis.)** *Indiana Medical Journal. September 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

23) **B. A. Waddington. Fortschritte in der Behandlung der Nasenkrankheiten. (Progress in diseases of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 2. August 1902.*

Verf. empfiehlt als das wirksamste Mittel bei Rhinitis atrophicans reines Ichthyol. Bei Septumdeviationen scheint ihm die Operation nach Roberts und Gleason die beste zu sein. Bei Epistaxis gelingt es nach seinen Erfahrungen bisweilen, die Blutung prompt zum Stillstand zu bringen, wenn man das betreffende Nasenloch mit Vaselin ausfüllt; er räth, dies Mittel überall da in Anwendung zu bringen, wo Adrenalin nicht zur Hand ist.

LEFFERTS.

24) **O. Symes** (Bristol). **Die Anwesenheit von Diphtheriebacillen bei atrophischer Rhinitis. (The presence of diphtheria bacilli in atrophic rhinitis.)** *Brit. med. Journal. 28. Februar 1903.*

Verf. hat in 23 Fällen von atrophischer Rhinitis — ein Mann und 22 Frauen, von denen nur 3 über 25 Jahre alt waren — bacteriologische Untersuchungen gemacht. Die durchschnittliche Dauer der Symptome betrug 7 Jahre. In 75 pCt. der Fälle fehlte der Geruchssinn ganz oder war sehr eingeschränkt.

Das zu untersuchende Material wurde der Nase mittelst sterilisirtem Wattebäuschchen entnommen; als Nährboden diente Glycerin-Agar, Serum-Agar und bisweilen Bouillon. In 20 Fällen (87 pCt.) wurde ein in morphologischer und cultureller Beziehung völlig dem Klebs-Löffler'schen gleichender Bacillus gefunden, und zwar wird er in 17 als zu der „langen", in 3 als zu der „kurzen" Varietät dieses Bacillus gehörend bezeichnet. Verf. ergeht sich in ausführlichen Erwägungen, ob dieser Bacillus in der normalen Nase, oder unter krankhaften Bedingungen, ausser bei atrophischer Rhinitis, sich vorfindet und ob dieser Bacillus als der Diphtheriebacillus angesehen werden kann.

Zur Beantwortung der ersten Frage wurde eine Anzahl von Kindern und Erwachsenen mit gesunden Nasen untersucht; niemals wurde jener als „langer, diphtherie-ähnlicher Bacillus" bezeichnete und bei Rhinitis atrophicans gefundene Bacillus nachgewiesen. Dann wurde eine Reihe von Culturversuchen mit Material gemacht, das von Patienten stammt, bei denen sich Ozaena mit anderen Krankheiten als mit atrophischer Rhinitis zusammenfand. Auch hier fand sich jener diphtherie-ähnliche Bacillus nicht; dagegen konnte in mehr als der Hälfte der Fälle der Bac. mucosus nachgewiesen werden. Verf. schliesst daraus, dass der Typus des „diphtherieähnlichen Bacillus" der Rhinitis atrophicans eigenthümlich ist.

Die Beantwortung der zweiten Frage ist um so schwerer, als es eine grosse Anzahl von Bacillen giebt, die dem Diphtheriebacillus zum Verwechseln ähnlich sind. Als Merkmal für seine Varietät giebt Verf. an, dass er mehr gekrümmt, dünner und mehr metachromatisch ist, als der Klebs-Löffler'sche. An Grösse

gleicht er dem Tuberkelbacillus. Auf Schweine geimpft bringt er dieselben Erscheinungen hervor, wie der echte Diphtheriebacillus. Verf. kommt zu dem Schluss, dass möglichlicherweise die atrophische Rhinitis als eine chronische Form der Nasendiphtherie betrachtet werden kann. JAMES DONELAN.

25) **Lewis S. Somers. Wirkung des Erysipels auf atrophische Rhinitis. (Effect of erysipelas upon atrophic rhinitis.)** *N. Y. Medical News. 27. Juni 1903.*

Verf. theilt den Fall eines 38jährigen Mannes mit, der an Ozaena litt, und ein schweres Erysipel des Gesichts acquirirte. Nachdem dieses seinen normalen Verlauf genommen hatte, waren die vorherigen Klagen des Patienten, die auf sein Nasenleiden zu beziehen gewesen waren, verschwunden und eine sorgfältige Untersuchung ergab, dass „die Ozaena verschwunden war, die Nasenschleimhaut nur von ein Paar leicht entfernbaren Borken bedeckt war, untere und mittlere Muschel zwar einen atrophirten, sonst aber gesunden Eindruck machten" u. s. w. Verf. hat in der Literatur noch zwei Fälle von günstiger Beeinflussung einer Ozaena durch Erysipel gefunden; beide sind von Francesco mitgetheilt und betreffen junge Frauen. LEFFERTS.

26) **James M. Brown. Drei Fälle von Rhinitis atrophicans erfolgreich mit Benzoyl-Acetyl-Peroxide (Acetozon) behandelt. (Three cases of atrophic rhinitis successfully treated with Benzoyl-Acetyl-Peroxide [Acetozone]).** *Medicine. Juli 1903.*

Acetozon zersetzt sich, mit organischen Stoffen in Berührung gebracht, sehr schnell. Verf. hat es in ungefähr $^1/_2$ proc. Lösung in neutralem, anorganischem Oel gebraucht. Die in den drei Fällen erzielten Resultate sind so ermuthigend gewesen, dass Verf. weitere Versuche mit dem Mittel in Aussicht stellt.

EMIL MAYER.

27) **L. Grünwald** (München). **Der heutige Stand der Ozaena-Frage.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 13. S. 250. 1902.*

G.'s „Vorstellung von der Entstehung des „Ozaena" genannten Symptomencomplexes" ist folgende:

Eine Reihe von Herdeiterungen (Nebenhöhlen, Nasengänge und adenoides Gewebe im Epi- und Mesopharynx) verläuft unter dem klinischen Bilde stinkender Krustenbildung in weiten Nasen.

Das Secret ist zunächst immer flüssig, meist geruchlos, mitunter auch schon im frischen Zustand fötid, vertrocknet aber in Folge mechanischer Einflüsse, worunter einen der wichtigsten die Klebrigkeit in Folge der Infection mit dem Bacillus mucosus Abel darstellt, weitere durch die abnorme Weite der Nase gegeben sind.

Die Atrophie soweit nicht primär vorhanden, entsteht unter dem Drucke und infectiösen Einfluss der massenhaft lagernden Borken.

Der Gestank entsteht durch saprophytische Zersetzung der in halbfeuchtem Zustande durch die abnorme Klebrigkeit festgehaltenen Secretmassen.

Ob auch eine von vornherein mehr seröse Beschaffenheit dem Secret mehr Eignung zur Adhärenz und Fäulniss verleiht, ist noch festzustellen.

Sicher ist, dass allgemeine Körperschwäche auf hereditärer Basis und speciell bei Familientuberculose den primären Herdeiterungen sowohl als den secundären Infectionsvorgängen wesentlichen Vorschub leistet, während andererseits die Erkrankung an sich zu allgemeiner Kachexie (Bild der Scrophulose, Anämie etc.) führen kann.

F. KLEMPERER.

28) **Rivière** (Lyon). **Aetiologie und Behandlung der Ozaena bei jungen Kindern. (Etiologie et traitement de l'ozène chez les jeunes enfants.)** *Société médecine de Lyon. 17. November 1902.*

Verf. hat unter seinen Ozaenafällen ungefähr 10 pCt., die kleine Kinder betreffen. Er empfiehlt Spülungen und Reinigung der Nase mit der Luftdouche.

PAUL RAUGÉ.

29) **Wilh. Grosskopf** (Osnabrück). **Die Ozaena. Eine Monographie und Studie** *Haug's klin. Vorträge aus dem Gebiete d. Otologie u. Pharyngo-Rhinol. V. 5. Gustav Fischer, Jena.*

Subjective Symptome sind: Herabsetzung oder Aufhebung des Geruchvermögens, Belästigung durch den Fötor, Nasenverstopfung, Kopfschmerz, Schlingbeschwerden, Juckreiz, selten Ohrensausen und Schwerhörigkeit, in schweren Fällen Trübsinn. Objective Symptome: Fötor, Borkenbildung, Schleimhaut- und Knochenatrophie. Diagnose: Ausschliessung der ozaenaähnliche Erscheinungen hervorrufenden Erkrankungen, besonders herdförmige und Nasennebenhöhleneiterungen. Charakteristisch ist der Fötor und das Resultat der mikroskopischen Untersuchung eines Schleimhautstückes.

Die Prognose ist quoad sanationem ungünstig, dagegen sind die unangenehmsten Begleiterscheinungen meist nahezu vollständig zu beseitigen. Die Ozaena kommt beim weiblichen Geschlecht häufiger vor; ihre Vererbung, resp. die Disposition, ist ausser Zweifel.

Pathologische Anatomie: Rundzelleninfiltration der Schleimhaut, Neigung der Rundzellen zu fettigem Zerfall, Umwandlung des Epithels in Plattenepithel, Neubildung von Bindegewebe, Schwund von Blutgefässen und Schleimdrüsen, Atrophie der Knochen.

Theorien über Wesen und Ursprung der Ozaena:

1. Herdtheorie, deren extremer Auffassung Verf. ablehnend gegenübersteht.
2. Bacillentheorie, die er ebenfalls nicht ohne Weiteres anerkennen kann.
3. Das Wichtigste ist die Veränderung des Secretes, bezw. Zerstörung eines Theiles oder sämmtlicher Drüsen der Nasenschleimhaut.
4. Ozaena ist eine Folge constitutioneller Erkrankung der Eltern (Lues).
5. Aetiologisch besonders wichtig ist eitriger Nasenkatarrh der Kinder.
6. Muscheltheorie (Atrophie), erworben oder angeboren u. s. w.

Therapie: Reinigung der Nase durch: 1. Nasenspülungen, 2. Tamponade, zu der G. einen kupfernen, vernickelten Stab anwendet, der an seinem oberen Ende platt, im Uebrigen rund ist.

Sonst wird noch angegeben: 1. chirurgische Behandlung — Brechen der Muschelknochen, Implantation von Elfenbeinstiften, Vaporisation, 2. Massage,

3. elektrische Behandlung — Faradisirung, Elektrolyse, die zweifelhaft in ihrem Werthe ist, 4. Serumtherapie, 5. vordere Tamponade — lockerer Verschluss des Naseneingangs, 6. medicamentöse Behandlung, a) Spülungen b) Inhalation und Spray, c) Pulvereinblasungen, d) Einpinselungen, Einlagen von Salben oder von mit einem Medicament getränkter Watte; zufrieden war G. mit Pinselungen und Spray von Phenol. sulforicin. 30 pCt. und Aq. dest. ââ, 7. combinirte Behandlungsmethoden, die sich aus mehreren der angegebenen Methoden zusammensetzen.

A. ROSENBERG.

30) **J. A. Roorda Smit** (Cordoba). **Ozaena unilateralis.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 773. 1903.*

Bei einem 43jährigen Manne seit Mai 1900 linksseitiger Ausfluss aus der Nase. Dec. 1900 fand S., nach Reinigung der linken Nasenhälfte auf deren Boden, 3 cm hinter dem Introitus einen Tropfen Eiters. Nach Galvanokauterisation dieser Stelle blieb der Ausfluss 6 Wochen aus; kehrte dann wieder mit immer stärker werdendem Fötor und gewaltiger Borkenbildung links, auch subjectiver Kakosmie. Erst Sept. 1902 stellte Pat. sich wieder in Behandlung. S. constatirte jetzt, dass der linke obere Eckzahn fehlte. Pat. hatte sich niemals einen Zahn ziehen lassen. Auch floss längs dem linken Incisivus sup. ext., dessen Krone schwärzlich verfärbt war, Eiter herab. Digital wurde der ganz lose sitzende Zahn extrahirt. Die Wurzel zeigte oberflächliche Necrose. In der Tiefe der Alveole stiess die Sonde auf einen harten, glatten Körper, welcher, wie sich bei der bald darauf unter Chloroform vorgenommenen Operation herausstellte, der Eckzahn war. Derselbe lag quer auf dem Fundus der Alveole des Incisivus und wurde nach Wegmeisselung der vorderen Höhlenwand entfernt. Nachbehandlung mittelst Jodoformgazetamponade. Der Pat. konnte vom Munde aus durch die Höhle hindurch Luft und geruchloses Secret in die Nase pressen. Die Borkenbildung hatte gleich aufgehört. Die Höhle blieb 6 Wochen lang sehr gross, ist jetzt, nach 9 Monaten, ganz klein geworden, während der Canal zwischen Alveolus und Nasenhöhle sich geschlossen hat. Beschwerden sind nicht mehr da.

H. BURGER.

31) **Alexander** (Berlin). **Ueber säurefeste Bacillen im Ozaena-Secret.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 22. 1903.*

Vorläufige Mittheilung über einige im Archiv f. Laryngol. 14. 1. (Beziehungen der Ozaena zur Lungentuberculose etc.) näher geschilderte Befunde (s. d. betr. Referat).

ZARNIKO.

32) **Nauck** (Rostock). **Das Vorkommen von Rhodan im Nasensecret und sein Fehlen bei Ozaena. (The occurence of Rhodan in the nasal secretion and its absence in ozena.)** *Archives of Otology. April 1903.*

Das im Nasensecret vorkommende Rhodan entstammt den serösen Drüsen. Das dünne catarrhalische Secret ist ebenso reich an Rhodan, wie das schleimig-eitrige. Wenn im Verlauf einer chronischen catarrhalischen Entzündung der Nasenschleimhaut die seröse Secretion grösser wird, als die Schleimsecretion, dann ist die Rhodanreaction besonders auffallend. In Cerebrospinalflüssigkeit ist kein

Rhodan enthalten. Verf. ist ausser Stande zu sagen, ob der Fötor bei Ozaena auf die Abwesenheit von Rhodan zurückzuführen ist. EMIL MAYER.

33) **Dionisio. Die Phototherapie bei Ozaena. (La fototerapia nell'ozena.)** *Giorn. d. R. Accademia di Medicina di Torino. Juli-August 1903.*

Verf. hat verschiedene Lichtquellen zu seinen Experimenten benutzt, nämlich Gas-, Acetylen-, elektrisches Bogen- und Glühlicht, sowie Sonnenlicht. Die Gewebe wurden vorher mit Cocain blutleer gemacht. Das Licht wurde in die mittels eines Speculum offen gehaltene Nase mit Hülfe von optischen Apparaten (Linsen oder Spiegeln) hineingeworfen. In einigen Fällen bediente sich Verf., um das Licht in die Tiefe zu leiten, Glastuben von 4mm Weite; auch Mignonlämpchen mit Wasserkühlung wurden direct in die Nase eingebracht. Verf. hat auf diese Weise in mehr als 20 Fällen seit Monaten andauernde Heilungen erzielt. Die Dauer der Behandlung ist sehr lange; bisweilen waren 240 Sitzungen nöthig, während in den leichteren Fällen 40 genügten. Die Wirkung besteht in Verringerung des Fötors, vermehrter Secretion der Schleimhaut und Ablösung der Borken und — wenn die Energie des Lichtes sehr intensiv ist — in Kopfschmerzen und leichtem Schwindel. Verf. führte die therapeutischen Wirkungen auf eine bactericide Wirkung des Lichtes zurück. FINDER.

34) **Adolfo Casassa** (Turin). **Experimentelle Untersuchungen über die Radiotherapie bei Ozaena. (Ricerche sperimentali sulla radioterapia nell'ozena.)** *Archiv. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. August 1903.*

Verf. hat untersuchen wollen, ob die von Dionisio mit der Radiotherapie bei Ozaena erzielten guten Resultate auf eine bactericide Wirkung des Lichtes zurückzuführen sind. Er wiederholte zunächst die schon von De Simoni und Cozzolino gemachten Experimente betreffs der Widerstandsfähigkeit des B. mucosus gegen die Einwirkung des Sonnenlichts und gelangte zu einem negativen Resultat.

Dann hat Verf. 10 Fälle von alter hartnäckiger Ozaena ausgesucht und die Pat. gleichzeitig mit den von ihnen gewonnenen Culturen des B. mucosus der Einwirkung verschiedener starker künstlicher Lichtquellen ausgesetzt. Er kam zu dem Resultat, dass mit den Apparaten, mit denen man klinisch gute Erfolge erzielt, es stets gelingt, den Bacillus abzutödten und zwar im Mittel nach 60 bis 70 Stunden Expositionszeit. Im Nasenschleim der so behandelten 2 geheilten Ozaenakranken fand man den B. mucosus nicht mehr; ebenso gaben mehrere Monate nach der Cur angestellte Untersuchungen ein negatives Ergebniss. Verf. glaubt, dass die Radiotherapie bei Ozaena im Wesentlichen eine bactericide Wirkung hat. FINDER.

35) **George Staneubanu. Anatomische und pathologische Beziehungen zwischen den Gesichtshöhlen und dem Orbito-oculären Apparat. (Rapport anatomique et pathologique entre les sinus de la face et l'appareil orbito-oculaire.)** *Thèse de Paris. 1902.*

Verf. giebt eine auf den genauesten anatomischen Details aufgebaute Studie, die zum Verständniss der bei Nebenhöhlenerkrankungen häufigen Complicationen

von Seiten des Auges beitragen soll. Als die häufigsten bei Ethmoiditis beobachteten orbitalen Complicationen bezeichnet Verf.: Anschwellung am oberen inneren Orbitalwinkel, die eine Dakryocystitis vortäuscht, Fistel, Neuralgie, Exophtalmus und Gesichtsstörungen. Die Keilbeinhöhlenerkrankungen führen zu Augenerscheinungen in Folge der nahen Beziehungen der Höhle zu den endocraniellen Theilen des Sehorgans, der Vena ophthalmica etc. Die Complicationen sind bald vasculärer, bald nervöser Natur, am häufigsten setzen sie sich aus beiden Elementen zusammen; man beobachtet Sinusthrombose, Phlebitis der Vena ophthalmica, Orbitalphlegmone, Neuritis optica etc. Bei Stirnhöhlenempyem finden sich orbitale Erscheinungen — der periorbitale Abscess, die Orbitalphlegmone, — nur in veralteten Fällen. Beim Antrumempyem kann es in Folge einer Osteoperiostitis des Orbitalbodens zu einer Phlegmone der Orbita kommen; im Allgemeinen sind Complicationen seitens des Auges bei ihm selten.

A. CARTAZ.

36) **D. Bryson Delavan. Die Prophylaxe der Nebenhöhlenerkrankungen. (The prophylaxis of sinus diseases.)** *Journal American Medical Association. 21. Februar 1903.*

Bei Diphtherie, Masern und Scharlach, die mit starker localer Congestion der Nasenhöhle einhergehen, lässt sich eine Prophylaxe schwer durchführen, wogegen bei Typhus, Pocken und Pneumonie eine sorgfältige Reinhaltung der Nasenwege nicht nur der Entstehung einer Otitis media, sondern auch eines Nebenhöhlenempyems vorbeugen kann.

EMIL MAYER.

37) **Köpke** (Solingen). **Casuistische Beiträge zur Pathologie und Therapie der Erkrankungen der Nasennebenhöhlen.** *Zeitschr. f. Ohrenheilkdr. XLIV. Bd. 2. H. 1903.*

In 3 Fällen von Nebenhöhlenempyemen (2mal der Siebbeinzellen, 1mal der Oberkieferhöhle) war die Verkäsung durch behinderten Eiterabfluss entstanden. Ein Fall von Pneumatocele der Stirnhöhle betraf einen 18jährigen Mann, bei welchem der Verschluss des Ductus naso-frontalis für die abnorme Drucksteigerung in der Stirnhöhle verantwortlich zu machen war. Der Verschluss war wahrscheinlich das Ueberbleibsel einer entzündlichen Affection der rechten Nasenseite. Ein weiterer Fall betrifft ein 16jähriges Mädchen mit fötider doppelseitiger Stirnhöhleneiterung mit Borkenbildung bei bestehender hochgradiger Rhinitis atrophicans. Im letzten Falle handelte es sich um einen Fall von Stirnhöhleneiterung in Folge einer Schussverletzung. Extraction einer Revolverkugel aus dem Ductus nasofrontalis.

SEIFERT.

38) **T. H. Woodward. Empyem der Nasennebenhöhlen. (Empyema of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical News. 3. Januar 1903.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Pathologie und Symptomatologie der verschiedenen Nebenhöhlenerkrankungen. Die von ihm angenommenen therapeutischen Grundsätze unterscheiden sich in nichts von den allgemein befolgten.

LEFFERTS.

39) **Biehl Empyema antri Highmori.** (Wissensch. Verein der Militärärzte der Garnison Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 31. 1902.*

Vom Standpunkte des Militärarztes sei die radicale operative Behandlung der Kieferhöhleneiterung, wie sie Luc-Caldwell angegeben, besonders zu begrüssen.

CHIARI-HANSZEL.

40) **C. A. Oliver** und **G. B. Wood. Orbitalabscess mit Antrum- und Siebbeinerkrankung. (Orbital abscess associated with antral and ethmoidal disease.)** *American Journal Medical Society. Juli 1902.*

Der Fall betrifft ein 13jähriges Mädchen. Eine interessante Frage war, ob der Orbitalabscess als secundäre Folge des Antrum- oder des Siebbeinempyems aufzufassen war. Ein in dem oberen Rand der Highmorshöhle vorhandener kleiner Defect spricht für die erstere Annahme. Doch bestand auch am Siebbein eine Nekrose.

A. LOGAN TURNER.

41) **James W. Barrett** (Melbourne). **Eine Notiz über Diagnose und Behandlung des Antrumempyems. (A note on the diagnosis and treatment of antral empyema.)** *Colonial Medical Journal. 30. October 1902.*

B. öffnet das Antrum durch die Alveole mittels einer cylindrischen durch eine Zahnbohrmaschine getriebenen Maschine; er operirt ohne Anästheticum. Nach der Eröffnung wird eine Drahtspiral-Tube zum Offenhalten eingeführt. Verf. hat in der Hälfte seiner Fälle im Laufe von 2—18 Monaten Heilung erzielt. Wo diese Behandlung versagt, wird radical operirt.

A. J. BRADY.

42) **Harmer. Ueber die chirurgische Behandlung der chronischen Kieferhöhlenerkrankung.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten.) *Wien. klin. Rundschau. No. 7. 1903.*

Auf Grund klinischer Erfahrung kam der Autor zu dem Resultate, dass die von Hajek neuerlich empfohlene Caldwell-Luc'sche Kieferhöhlenoperation ganz erhebliche Vortheile vor den anderen radicalen Operationen besitzt. Für einzelne Fälle, die aus mehrfachen Gründen sich für eine Radicaloperation nicht eignen, empfiehlt H. die Anlegung eines Fensters in der nasalen Wand, etwa dem mittleren Drittel der unteren Muschel entsprechend, und meint, dass diese conservative Methode besonders dann zu erwägen wäre, wenn eine grössere Operation vom Patienten abgelehnt wird und man das Tragen einer Prothese und langwierige Ausspülungen vermeiden will.

CHIARI.

43) **Réthi** (Wien). **Zur Radialoperation hartnäckiger Kieferhöhlenempyeme von der Nase her.** *Wien. med. Wochenschr. No. 12. 1903.*

R. empfiehlt als Radicaloperation die Eröffnung der Kieferhöhle von der lateralen Nasenwand. Resection der vorderen zwei Drittel der unteren Muschel, Anlegen einer Oeffnung in die Kieferhöhle mit dem Meissel, Erweiterung dieser Oeffnung gegen die äussere Wand des mittleren und unteren Nasenganges. Besichtigung der Höhle mit einem kleinen Spiegel. Excochleation. Localanästhesie und Adrenalin. Der Autor hat in einigen hartnäckigen Fällen mit dieser Methode Heilung erzielt.

CHIARI-HANSZEL.

44) **Noltenius. Einige Verbesserungen an meinem Trocar zur Behandlung der Oberkieferhöhle.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 1. 1903.*

Verbesserung des schon 1895 publicirten Trocars; das neue Modell ist kräftiger und liegt der platte und ziemlich grosse Griff besser in der Hand, auch der Obturator ist $2^1/_2$ cm länger gegen früher; die wichtigste Verbesserung ist ein Zwischenstück. Details im Originale.

SCHECH.

45) **Claus** (Berlin). **Zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. S. 103. 1902.*

Bei Leichen, deren Schädeldach und Gehirn entfernt ist und die mit dem Kopf zu nach dem Fenster liegen, wird nach C.'s Beobachtungen die Vorderwand des Sinus frontalis durch das auf die Hinterwand des Sinus auffallende Tageslicht erhellt. Diese Durchscheinbarkeit, die C. bei 85 Leichen prüfte, entsprach — unter Berücksichtigung natürlich der wechselnden Intensität des Tageslichtes — zumeist der Durchleuchtbarkeit der Höhle, und zwar sowohl nach der alten Methode vom inneren Augenwinkel aus, wie nach der Meyer'schen Methode von der vorderen Wand aus. Für beide, Durchscheinbarkeit und Durchleuchtbarkeit, spielt die Beschaffenheit der Vorderwand, ob dieselbe dick oder dünn ist, ob sclerosirt, ob gefässreich, eine bedeutende Rolle. Daher will C. der Durchleuchtung der Stirnhöhlen für die Diagnostik nur eine ganz untergeordnete Rolle zuweisen.

F. KLEMPERER.

46) **Leonhard Krauss** und **Gustav Killian. Die Killian'sche Radicaloperation chronischer Stirnhöhleneiterungen. I. Historische Entwickelung der Methode an der Hand der Casuistik bearbeitet** von Dr. L. Krauss. **II. Weiteres casuistisches Material und Zusammenfassung** von Prof. G. Killian. *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 1. S. 28 u. 59. 1902.*

Krauss legt die Entwickelung des Killian'schen Verfahrens an 9 ausführlichen Krankengeschichten aus den Jahren 1896 bis 1902 dar. Er schliesst seine epikritischen Betrachtungen mit den Sätzen: „Die vorliegenden Krankengeschichten beweisen zur Genüge, dass die Erhaltung einer Spange ein ausgezeichnetes kosmetisches Resultat ermöglicht, während durch die gleichzeitige Resection der vorderen und unteren Stirnhöhlenwand das chirurgische Postulat: die starrwandige Stirnhöhle zur vollständigen Verödung zu bringen, erfüllt wird. Es dürfte sich in Zukunft empfehlen, dieses Verfahren zur Regel zu machen; dasselbe gilt von der Resection der oberen Hälfte des frontalen Oberkieferfortsatzes. Auch dieser Eingriff hinterlässt keine Entstellung und kann rasch und bequem durchgeführt werden".

G. Killian fügt der Zusammenstellung von Krauss noch 5 neuere Fälle hinzu und giebt zum Schluss eine kurze Uebersicht über die Vorbereitungen zur Operation, die Technik derselben und ihre Nachbehandlung. Wer die Radicaloperation der Stirnhöhle übt, wird diese für den praktischen Gebrauch bestimmten Anweisungen im Original studiren müssen.

F. KLEMPERER.

47) **Goris. Ueber die rasche Radicalcur der chronischen Sinusitis frontalis. (Sur la cure radicale rapide de la sinusite frontale chronique.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles No. 12. 1902.*

Um eine rapide Radicalkur der chronischen Frontalsinusitis zu erzielen, verfolgt G. den Zweck 1. der vollständigen Beseitigung der eiternden Höhle und 2. die vollständige Zerstörung des Infectionsweges. Er zerstört daher

1. die Sinushöhle in ihrer Totalität, indem er mit dem Doyen'schen elektrischen Bohrer die Sinushöble anbohrt und darauf mit der Hohlmeisselzange die vordere Wand entfernt; dann löst er das Periost der oberen Orbitalwand und des inneren Augenwinkels los, wodurch die Orbitalhöhle vor Infection geschützt bleibt und entfernt darauf die ganze innere Sinuswand bis zum inneren Augenwinkel. Auf diese Weise ist es den Weichtheilen ermöglicht, sich an die hintere Sinuswand anzulegen und damit zu verwachsen. Damit ist die totale Beseitigung des Sinus erzielt;

2. beseitigt er den Infectionsweg, indem er sich mit der Curette einen für den kleinen Finger durchgängigen Kanal nach der Nasenhöble bohrt, und wenn die Curette nicht genügt, so zerstört er mit dem Hohlmeissel die vorderen Siebbeinzellen, welche innen erkrankt sind und stellt sich so einen Kanal her. Schliesslich führt er eine grosse Drainageröhre durch das Infundibulum hindurch in die Nasenhöhle ein und macht eine Naht.

Der Drain wird am 4. Tage entfernt und gewöhnlich ist die Höhle nach 5—6 Tagen vollständig verheilt mit fester Adhärenz der Weichtheile an die hintere Sinuswand.

BAYER.

48) **Walker Downie. Zwei Fälle von Stirnhöhleneiterung. (Two cases of frontal sinus suppuration.)** *Glasgow Med. Journ. October 1902.*

In den beiden Fällen war eine knopflochförmige Oeffnung durch das obere Augenlid gemacht, durch welche die Gazetamponade gemacht wurde; die Incision in der Augenbrauenlinie war primär vollkommen vernäht. In beiden Fällen wurde ein gutes Resultat erzielt.

A. LOGAN TURNER.

49) **C. G. Coakley. Ein ungewöhnlicher Fall von Stirnhöhlenempyem. Fehlen des Septums. (An unusual case of frontal sinusitis. Absence of the septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1903.*

Das Interesse des Falles besteht im Fehlen der Scheidewand, der Grösse des Sinus und dem Umstand, dass ohne Resection Heilung eintrat. Bezüglich des Fehlens des Septums werden drei Möglichkeiten erwogen: Es kann durch eine langdauernde Eiterung zerstört worden sein, es kann sich um einen angeborenen Mangel handeln oder es kann eine einzige excessiv entwickelte rechtsseitige Stirnhöhle vorliegen, die sich auch über die linke Frontalregion ausgebreitet hat.

EMIL MAYER.

50) **Jos. H. Bryan. Chronisches Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhlenempyem. (Chronic empyema of the frontal ethmoidal and both sphenoidal sinuses.)** *American Journal Medical Sciences. September 1902.*

Es handelte sich um ausgedehnte Nekrose der hinteren Siebbein- und Keilbeingegend, das mit einem grossen Adenom an derselben Stelle complicirt war.

EMIL MAYER.

51) **George B. Rice. Bericht über einen Fall von Siebbein-, Stirnhöhlen- und Highmorshöhlen-Empyem mit Operation an Antrum und mittlerer Muschel, mit Ausgang in Tod. (Report of a case of ethmoidal, frontal sinus and antral empyema with operation on antrum and middle turbinate followed by death.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1902.*

Der Titel besagt den Inhalt. Leider ist keine Autopsie gemacht worden.

EMIL MAYER.

52) **Edgar H. Holmes. Eiterung der Stirn-, Siebbein- und Keilbeinhöhlen. (Suppuration of the frontal, ethmoidal and sphenoidal sinuses.)** *Journal American Medical Association. 19. März 1903.*

Eine ausführliche, nichts Neues enthaltende Uebersicht über Anatomie, Pathologie und Therapie der genannten Nebenhöhlen.

LEFFERTS.

53) **Guye** (Amsterdam). **Vier Fälle von Curettement der Keilbeinhöhle bei recidivirenden Nasenpolypen. (Four cases of curetting the ethmoidal cavities in relapsing nasal polypi.)** *Archives of Otology. Februar 1902.*

Verf. hält es nicht für geboten, in diesen Fällen die mittlere Muschel zu reseciren; er glaubt vielmehr, dass die Polypen mit der Keilbeinhöhle in Zusammenhang stehen.

EMIL MAYER.

54) **Frank W. Hinkel. Symptome und Behandlung des chronischen Keilbeinhöhlen-Empyems. (Symptoms and treatment of chronic empyema of the sphenoidal sinus.)** *Nachdruck eines in der American Laryngological Association Mai 1902 gehaltenen Vortrags. Laryngoscope. October 1902.*

Aus seinen 20 Fällen folgert Verf., dass es ein sicheres Symptom für die Diagnose des Keilbeinempyems nicht giebt. Verdacht soll ein von der Schläfen-Scheitelbeingegend zu der Stirn- und Occipitalregion ausstrahlender Schmerz erregen, sowie eitriger Ausfluss, meist nach hinten in den Nasenrachen, ferner conjunctivale Reizung und dumpfer Schmerz in den Augen. Die Principien der Behandlung, die Verf. befolgt, unterscheiden sich nicht wesentlich von den allgemein angenommenen; nur räth er, einige Tage nach Fortnahme der vorderen Wand bei allgemeiner Narkose unter Führung des in den Nasenrachen eingeführten Fingers auch von dem Boden ein Stück fortzunehmen und so dem Eiter den bequemsten Abfluss zu öffnen.

LEFFERTS.

55) **Lewis S. Somers. Chronisches Keilbeinempyem. (Chronic sphenoidal abscess.)** *N. Y. Medical News. 27. September 1902.*

Verf. theilt einen Fall mit, in dem seit 14 Jahren Kopfschmerzen bestanden und der mit Ausspülungen der erkrankten Keilbeinhöhle erfolgreich behandelt wurde. Daran knüpft er Betrachtungen über Pathologie und Therapie der Erkrankung.

LEFFERTS.

56) **Francis Emerson. Chronische Sphenoiditis in Beziehung zu den Krankheiten des Mittelohrs. (Chronic sphenoiditis and its relation to diseases of the middle ear.)** *Laryngoscope. Januar 1903.*

In 268 Fällen von Mittelohrerkrankung wurde 25 mal Caries des Keilbeins gefunden.

EMIL MAYER.

57) **Harris Peyton Mosher. Die Anatomie der Keilbeinhöhle und die Methode, sie vom Antrum aus zu erreichen. (The anatomy of the sphenoidal sinus and the method of approaching it from the antrum.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Das Ergebniss der sorgfältigen und ausgedehnten Untersuchungen des Verf. ist, dass die Keilbeinhöhle in einem Viertel der Fälle zum Antrum in Beziehung steht. Er räth. die Keilbeinhöhle vom Antrum aus in Angriff zu nehmen und führt aus, dass dieser Weg der sicherste, kürzeste und direkteste ist. Bei der vom Verf. angegebenen Operationsmethode können drei von den vier Nebenhöhlen einer Seite eröffnet werden; sie eignet sich ganz besonders für Fälle von combinirtem Empyem.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

58) **W. Sternberg. Ueber das süssende Princip.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. 1. u. 2. Heft. S. 113. 1903.*

Die Verbindungen, in welchen die dulcigenen Elemente der dulcigenen Zone süss schmecken, sind H-Verbindungen, Oxyde, Salze. Grösstentheils sind die süss schmeckenden anorganischen Verbindungen Salze und es ist für die süssende Eigenschaft ganz gleichgültig, mit welcher Säure das dulcigene Element combinirt ist.

Nur der basische, also der positive Theil in diesen Salzen ist für das dulcigene Princip maassgebend. Diese Thatsache deutet darauf hin, dass dem positiven Element die dulcigene Kraft zuzuschreiben ist.

Die Erscheinung, dass der süsse Geschmack auf H-, Oxyd- und salzartige Verbindungen beschränkt ist, lässt sich auch in gewisser Regelmässigkeit in manchen organischen süss schmeckenden Verbindungen verfolgen. Das zeigt sich am Besten, wenn man das mehr metallische + CH3 — dem mehr negativen C_6H5 — gegenüberstellt. Beiden Atomgruppen ist zwar noch gemeinsam der süsse Geschmack in den Oxyden, den mehrwerthigen Alkoholen, aber scharf gegenüber stehen sie sich in den salzartigen Verbindungen, den Estern. Von den Verbindungen des mehr positiven Methyls schmecken süss die Salze und zwar gleichgültig, mit welcher Säure es verbunden ist. Es schmecken daher süss die chlorwasserstoffsauren, bromwasserstoffsauren, jodwasserstoffsauren Methylsalze, also die sog. Halogenderivate, die Salze der anorganischen Chemie oder andere anorganische Ester, Glycerintrinitrat, Spiritus salis dulcis, Spiritus aetheris dulcis, Haller'sches Sauer; nicht aber die nämlichen Verbindungen des mehr negativen C_6H_5 —. Dafür schmecken wiederum von den Verbindungen des mehr negativen C_6H_5 — süss: Körper wie Nitrobenzol, Nitrophenol, Nitrobenzoesäure, Salicylsäure. Während es also bei dem positiven Methyl auch noch Salze sind, die süss schmecken, sind es beim negativen C_6H_5 — nicht mehr die entsprechenden Verbindungen, in denen negative Gruppen angehäuft sind.

J. KATZENSTEIN.

59) **O. Kohnstamm: Das Centrum der Speichelsecretion.** *20. Congress für innere Medicin in Wiesbaden. Ref. in Berl. klin. Wochenschr. S. 445. 1902.*

60) **O. Kohnstamm: Der Nucleus salivatorius chordae tympani (nervi intermedii).** *Anat. Anz. XXI. S. 362. 1902.*

Die Durchschneidung der Chorda tympani bringt eine Zellgruppe mit motorischem Typus zur Degeneration, die innerhalb des Nucleus reticularis lateralis vom caudalen Pole des Facialiskerns bis zum frontalen Pole des motorischen Quintuskerns reicht; dieselbe wird dorsal vom Ventrikelboden, medial von der Raphe, lateral vom Deuters'schen Kern, ventral von der dorsalen Gruppe des Facialiskerns begrenzt. In dieser Gruppe sind die Ursprungszellen des zum Ganglion submaxillare ziehenden motorischen Antheils der Chorda tympani sive n. intermed. enthalten: derselbe stellt also einen visceralen Nerven mit motorischer und sensibler Wurzel (Geschmacksfasern) dar. Ausser dem dorsalen Vaguskern und einem Theile des Nucleus ambiguus ist also auch der Nucleus salivatorius Kohnstamm's ein motorischer visceraler Nervenkern. Einzelne Wurzelfasern aus dem Nucleus salivatorius anastomosiren wahrscheinlich mit dem siebenten und dem motorischen fünften Nerven.

J. KATZENSTEIN.

61) **Karl Reitmann. Ueber das Vorkommen von Knorpel und Knochen in den Gaumentonsillen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 8. 1903.*

Das Vorkommen von Knorpel und Knochen in den Gaumentonsillen ist keineswegs selten (ca. in 34 pCt.); die Knorpelstücke oder deren Derivate treten in den Tonsillen selbst oder in deren unmittelbarer Umgebung auf; meist handelt es sich um hyalinen Knorpel, seltener um zellreichen, grundsubstanzarmen, dem embryonalen ähnlichen Knorpel, manchmal sind Rückbildungserscheinungen wahrnehmbar; der Knorpel lag in der von R. untersuchten Fällen stets frei im Bindegewebe. Die Form ist sehr variabel, bald rundlich, kugelig, seltener stäbchenförmig, meist ungestielt, doch auch Y-förmig. Der Befund bei einem Embryo lässt es möglich erscheinen, dass wir es mit einem Derivate des zweiten Kiemenbogens zu thun haben, bewiesen aber ist dies noch nicht. Für die Entscheidung der Frage, ob dieser Knorpel die Grundlage für Tumoren, Chondrome oder Osteome der Tonsillen abgeben können, finden sich in der Literatur keine Anhaltspunkte.

SCHECH.

62) **Richard B. Faulkner. Einige Tonsillarerkrankungen. (Some tonsil affections.)** *N. Y. Medical Journal. 10. Januar 1903.*

Mit Rücksicht auf die wichtige phagocytische Function der Tonsillen plaidirt Verf. für grössere Sorgfalt in der Erhaltung des lymphatischen Gewebes und Befolgung einer conservativeren Chirurgie.

LEFFERTS.

63) **Fayette C. Ewing. Tonsillitis in einer überzähligen Tonsille. (Tonsillitis localized in a supernumery tonsil.)** *Laryngoscope. Januar 1903.*

Die Entzündung beschränkte sich nur auf die sehr deutlich entwickelte überzählige Tonsille, während die beiden normalen Mandeln völlig von ihr verschont blieben.

EMIL MAYER.

64) **Notiz des Herausgebers. Dysphagie bei acuter Angina. (Dysphagia in acute angina.)** *Journal American Medical Association. 21. Februar 1903.*

Bei jeder Form von Schluckschmerz in Folge von Rachen- oder Kehlkopferkrankung empfiehlt Verf.:

Rp. Pulv. talc.
Acid. boric. aa 3,0
Orthoform 1,0
Cocain hydrochlor. 0,5
Pulv. Menthol. 0,2.

M. f. pulv. Jedesmal vor dem Essen eine kleine Menge mittels eines Glastubus in den Hals zu insuffliren.

EMIL MAYER.

65) **E. W. Mitchell. Appendicitis, Nephritis und Endocarditis nach Mandelentzündung. (Amygdalitis followed by appendicitis, nephritis and endocarditis.)** *N. Y. Medical Record. 16. Mai 1903.*

Die oben genannten Krankheiten folgten sich sehr schnell. Ob die Allgemeininfection, um die es sich augenscheinlich handelte, in Folge von Resorption vom Wurmfortsatz ausgegangen war, oder ob die Appendicitis ebenso wie die Allgemeininfection ihren Ursprung in derselben Quelle, nämlich den Tonsillen, hatte, ist schwer zu entscheiden; Verf. neigt zu der letzteren Anschauung. Der Patient genas.

EMIL MAYER.

66) **G. Serra** (Palma). **Phlegmonöse Angina mit sehr heftiger consecutiver Blutung. (Angina flemonosa. Hemorragia consecutiva muy abundante.)** *Revist. Balcar de Cienc. Medic. No. 20. November 1902.*

Bei der 22jährigen Pat. hatte sich der phlegmonöse Abscess der linken Mandel nach einer Woche von selbst geöffnet. Die Kranke expectorirte aber noch Stunden lang Blut, soviel, dass ihr Leben Gefahr lief, bis nach Verlauf von einigen Stunden die menstruelle Blutung erschien, und damit die pathologische Blutung der linken Mandelgegend stillstand. 2 Wochen später war die Pat. wieder hergestellt.

R. BOTEY.

67) **Oberwarth** (Berlin). **Primäre Angina gangraenosa bei einem Knaben.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17/18. 1903.*

Nach einer genauen Darlegung des klinischen Bildes, der Diagnose, Prognose und Therapie dieser seltenen Krankheit giebt Verf. die Krankengeschichte seines Falles.

Es handelte sich um einen 12jährigen Knaben, bei dem die Krankheit im Verlauf von etwas über $1/_4$ Jahr zum Tode führte. Der Fall war bemerkenswerth durch das deutlich ausgeprägte schubweise Auftreten der Krankheit, ferner durch das Auftreten zahlreicher Blutungen, die theils während des Lebens (Haut, Netzhaut), theils bei der Obduction (Endocard, Pericard, Nierenbecken, Magenschleimhaut) constatirt wurden. In Präparaten der gangränösen Partien wurden zahlreiche Streptokokken aufgefunden. Die bacteriologische Untersuchung in vivo, die — wie Verf. selbst hervorhebt — etwas mangelhaft ausgeführt ist, liess

Diphtheriebacillen vermissen, und scheint über die Natur der sonstigen Bacterienflora keinen Aufschluss gegeben zu haben.
ZARNIKO.

68) **Jonquière** (Bern). **Ein Fall von secundärer Angina gangraenosa.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 8. 1903.*

Der letzte Lebensmonat einer mehrjährigen, klinisch festgestellten Leukämie, welche vielleicht noch mit tertiärer Syphilis gepaart war, wurde bei einem 52jährigen Manne durch Lungengangrän und schliesslich durch gangränösen Zerfall der linken Tonsillargegend erwähnungswürdig.
AUTOREFERAT.

69) **Ch. Nicolle** und **A. Hibero** (Rouen). **Die durch den Friedländer'schen Bacillus verursachten Anginen. (Les angines à bacillus de Friedländer.)** *Presse médicale. 31. Mai 1902.*

Den 22 vorhandenen Beobachtungen führen N. und H. eine neue hinzu; auch dieser Fall zeichnet sich ebenso wie die anderen durch seine Hartnäckigkeit und Gutartigkeit aus. Auch in diesem Fall war das Aussehen der Membran derart, dass man zuerst an Diphtherie glaubte.
PAUL RAUGÉ.

70) **Tarruella** (Madrid). **Beitrag zum klinischen und bakteriologischen Studium der ulcerös-nekrotischen Vincent'schen Angina. (Contribucion al estudio clinico y bacteriologico de la angina ulcero-necrotica de Vincent.)** *Revist. de Medic. y Cirug. No. 25. November 1892,*

Eingehende und interessante Studie an 2 vom Verf. beoachteten Fällen von Vincent'scher Angina mit Auseinandersetzung des anatomo-pathologischen und bacteriologischen Befundes.
R. BOTEY.

71) **Paul Gallois** und **Courcoux** (Paris). **Anwesenheit des Löffler'schen Bacillus bei den ulcerösen Vincent'schen Anginen. (Présence du bacille de Löffler dans les angines ulcéreuses de Vincent.)** *Société médicale des hôpitaux. 29. Mai 1903.*

Das Vorkommen des Diphtheriebacillus bei der Angina Vincentii ist bereits von Abel, Bernheim, Vincent und anderen erwähnt. Man hat nach G. und C. 2 Arten von Fällen zu unterscheiden: In dem einen handelt es sich um Anginen mit dem ausgesprochenen klinischen Bild der Diphtherie; das sind Associationen des Diphtheriebacillus mit dem B. fusiformis und den Spirillen. Diese Fälle sind die häufigeren, aber weniger interessanten, denn durch das Vorhandensein dieser Symbiose wird die Prognose keineswegs beeinflusst. In der anderen Art von Fällen handelt es sich um ulceröse Anginen mit dem von Vincent beschriebenen klinischen Bild, die aber durch die Anwesenheit von — bisweilen sehr virulenten — Diphtheriebacillen complicirt sind.
PAUL RAUGÉ.

72) **Dopter. Das Contagium der Angina und Stomatitis Vincentii. (Le contagion de l'angine et de la stomatite de Vincent.)** *Société médicale des hôpitaux. 2. Mai 1902.*

Die Contagiosität der Angina und Stomatitis, die durch den B. fusiformis hervorgerufen sind, ist durch klinische Beobachtungen noch nicht deutlich bewiesen. Die Mittheilung des Verf.'s ist geeignet, diese Lücke auszufüllen.

Im ersten Fall acquirirte ein Pat. eine Stomatitis Vincentii, nachdem er die Tabakspfeife eines Kameraden benutzt hatte, der eine Angina Vincentii überstanden hatte.

Im zweiten Fall wurde ein junger Mann von seiner Geliebten angesteckt.

PAUL RAUGÉ.

73) **S. Costa. Ueber das Contagium der Angina Vincentii. (Sur la contagion de l'angina de Vincent.)** *Presse médicale. 16. December 1903.*

Die Contagiosität der Krankheit scheint besonders zu Beginn derselben ausgesprochen zu sein. Die Incubationsperiode beträgt 6—7 Tage.

Die Ansteckung kann entweder direct von Mund zu Mund erfolgen oder durch Gebrauchsgegenstände, oder durch den beim Sprechen versprühten Speichel.

PAUL RAUGÉ.

74) **Ellet O. Bissin. Die hypertrophischen Gaumentonsillen; mit einem Bericht über die pathologische Histologie der sogenannten versenkten Tonsillen. (The hypertrophics faucial tonsil; with a report of the morbid histology of the so-called submerged tonsil.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

75) **J. Alvarez** (Palma). **Radicalheilung der chronischen hypertrophischen Amygdalitiden durch thermo-galvanische Einschnitte. (Curacion radical de las amigdalitis cronicas hipertroficas per las sajas termo-galvanicas.)** *Revist. Balcar de Cienc. Medic. No. 30. November 1902.*

Verf. empfiehlt die thermo-galvanische Cauterisation als die energischste Behandlung der chronischen Amygdalitiden. Beide Mandeln werden in einer Zwischenzeit von 14 Tagen einzeln behandelt.

R. BOTEY.

76) **F. Steward. Tod nach Entfernung der Tonsillen und Adenoiden bei einem haemophilen Kinde. (Death after the removal of tonsils and adenoids in a haemophilic child.)** *Lancet. 15. November 1902.*

Ein 7jähriger Knabe wurde unter Aethernarkose operirt. Es erfolgte eine starke Blutung, die aber bald stand. Im Verlauf von 4 Stunden waren beide Seiten des äusseren Halses und die linke Wange von Blutextravasaten geschwollen. Diese Schwellungen breiteten sich bis zum Sternum und Clavicula aus; es trat Dyspnoe ein. Es wurde Intubation und dann Tracheotomie vorgenommen; das Kind starb in 32 Stunden. Pharynx, Larynx und Halsgewebe waren von Blut infiltrirt. In der Anamnese des Patienten und seiner Familie war von Haemophilie nichts zu eruiren. Es war nach der Operation keine Blutung an den Operationsstellen mehr erfolgt.

A. BRONNER.

77) **Albert Bulson. Alarmirende Blutung nach Entfernung der Tonsillen und Adenoiden. (Alarming hemorrhage following excision of tonsils and adenoids.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Als Patient 8 Stunden nach der Operation fast verblutet war, wurde eine Adrenalinlösung (1 : 3000) in Nase und Hals gesprayt, per Rectum und subcutan

Kochsalzlösung infundirt und schliesslich mit Erfolg starke Excitantien angewandt. Verf. sagt im Verlauf der an diesen Fall geknüpften Betrachtungen, dass man mittels vernünftiger Anwendung von Adrenalin den nach Tonsillen- und Adenoidoperation auftretenden Blutungen Einhalt thun könne.

(Diese Behauptung muss mit grosser Reserve aufgenommen werden und vielleicht wird Verf., wenn er erst noch eine secundäre Haemorrhagie erlebt hat, seine Ansicht ändern. Ref.)

EMIL MAYER.

78) **Adolph H. Urban. Blutung nach Tonsillotomie. (Hemorrhage following tonsillotomy.)** *American Medicine. 4. Juli 1903.*

Der 7 jähr. Patient wurde 27 Stunden, nachdem eine doppelseitige Tonsillotomie gemacht war, ins Krankenhaus gebracht. Man sah in der linken Tonsillargegend eine parenchymatöse Blutung. Unter Chloroformnarkose wurde durch Brennen mit dem Paquelin die Blutung zum Stillstand gebracht.

Die Blutung war eine ausgesprochen secundäre, denn sie begann 12 bis 18 Stunden nach der Operation; Haemophilie lag nicht vor; auch acute Angina war nicht vorausgegangen. Wahrscheinlich handelte es sich um ein anormal verlaufendes Gefäss.

EMIL MAYER.

79) **Wróblewski. Complicationen, welche bei der Tonsillotomie vorkommen. (Powiktania, zdarzajace sie, przy usuwaniu migdai kow podniebiennych.)** *Gaz. Lek. No. 7, 8. 1903.*

Anknüpfend an die von Sokolowski mitgetheilten 2 Fälle von Peritonsillarabscessen in Folge von Tonsillotomie, bespricht Verf. eingehend verschiedene Complicationen und besonders Blutungen.

A. SOKOLOWSKI.

80) **O. Burkard** (Graz). **Zur operativen Therapie bedrohlicher Blutungen nach Tonsillotomie.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 22. 1903.*

Für jene verzweifelten Fälle unstillbarer Tonsillarblutungen, in denen man nicht weiss, ob die Blutung aus der Tonsillararterie oder etwa aus einem grösseren Gefäss wie der Art. maxill. extern. u. A. stammt, empfiehlt B. nach dem Vorschlage weiland Nicoladoni's „die Tonsille als das blutende Organ von aussen zugänglich zu machen, zu entfernen und den Schlund durch Aneinandernähen der Gaumenbögen zu schliessen". Die Technik der Operation ist ähnlich der der Exstirpation von Mandeltumoren (v. Langenbeck, v. Mikulicz). Jedenfalls gebührt dieser Methode der Blutstillung der Vorzug gegenüber der Carotisligatur, als dem weniger gefährlichen und sicherer zum Ziele führenden Eingriff.

CHIARI.

81) **Lawrence R. Ryan. Tonsillarblutung. (Tonsillar hemorrhage.)** *Illinois Medical Journal. September 1903.*

Nachdem die doppelseitige Tonsillotomie unter Adrenalin und Cocain vorgenommen war, trat bei dem 25jährigen Patienten eine heftige Blutung auf, die aber nach lokaler Anwendung von Tannin und Acetanilid stand. Eine halbe Stunde darauf trat eine starke secundäre Blutung auf, der Verf. mittels des Cauters Herr wurde. Es handelte sich um einen Fall von Haemophilie.

EMIL MAYER.

82) **C. C. Stephenson. Eine neue Tonsillen-Scheere, Zange und Zungendepressor. (A new tonsil scissors, forceps and tongue depressor.)** *Journal American Medical Association. 19. September 1903.*

Eine Doppelzange, mit der die Tonsille nach vorn gezogen wird und an der hinten eine Scheere angebracht ist, mit der man beliebig viel von der Mandel abschneiden kann.

Der Zungendepressor hat eine auswärts gekrümmte Handhabe.

EMIL MAYER.

83) **Lermoyez. Plicotom für die Mandel. (Plicotome amygdalien.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. VII. 1903.*

Das Instrument soll dazu dienen, die Plica triangularis, von der ein grosser Theil der Mandel verdeckt wird, zu durchtrennen. E. I. MOURE.

84) **Henry Koplik. Primäre Tuberculose der Tonsille. (Primary tuberculosis of the tonsil.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1903.*

Nachdem Verf. das Vorkommen einer primären Tonsillartuberculose erörtert und auf die Bedeutung der Tonsillen als Eingangspforte für die tuberculöse Infection hingewiesen hat, führt er einen Fall an, in dem auf diesem Wege eine allgemeine Tuberculose zu Stande kam. In diesem Fall trat die Tuberculose in einer durch eine vorhergehende Diphtherie geschädigten Tonsille auf.

LEFFERTS.

85) **Richard H. Johnston. Primäre Tuberculose der Tonsillen. (Primary tuberculosis of the tonsils.)** *Carolina Medical Journal. August 1903.*

Der Fall betrifft einen 29jährigen Mann, bei dem ausser der Tonsillaraffection keine andere Erkrankung auffindbar war. Die Krankheit ging sehr schnell weiter und endete bereits 3 Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome tödtlich. Verf. bezeichnet den Fall als einen von unzweifelhaft primärer Tuberculose der Tonsille. EMIL MAYER.

86) **Degny. Mandelcyste. (Kyste de l'amygdale.)** *Société anatomique. 7. Juni 1903.*

Es handelte sich um eine mit Epithel ausgekleidete Cyste, deren heller zäher Inhalt degenerirte Epithelzellen und einige Leukocyten enthielt. PAUL RAUGÉ.

87) **Clement F. Theisen. Ein Fall von Lipom der Tonsille. (A case of lipoma of the tonsil.)** *Laryngoscope. August 1903. Albany Medical Journal. August 1903.*

Beobachtung bei einem 9jährigen Mädchen. Die Geschwulst war gestielt. Literaturangaben. EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

88) **Irving A. Watson. Diphtherie vom bakteriologischen Standpunkt aus. (Diphtheria from a bacteriological point of view.)** *Annals Gynecology and Pediatrics. Juli 1902.*

Nichts Neues. EMIL MAYER.

89) **Arloing** (Lyon). **Wirkung des Ozons auf den Diphtheriebacillus. (Action de l'ozone sur le bacille diphtérique.)** *Société médicale des hôpitaux de Lyon. 3. Februar 1903.*

A.'s Experimente bestanden darin, dass er Diphtherieculturen und Diphtherietoxine ozonhaltiger Luft aussetzte, die Culturen untersuchte, mit ihnen Thiere impfte und diese dann secirte. Es ergab sich, dass bei Einwirkung ozonhaltiger Luft der Diphtheriebacillus nicht getödtet, aber in seiner Virulenz abgeschwächt wird. Ebenso wurde bei 120 Liter ozonhaltiger Luft die Virulenz des Toxins herabgesetzt; damit geimpfte Thiere lebten noch 10 Tage; bei 200 Litern trat so starke Abschwächung der Virulenz ein, dass mit solchem Toxin geimpfte Thiere am Leben blieben, selbst wenn zur Injection eine Dosis von 1 ccm verwandt wurde. PAUL RAUGÉ.

90) **Arthur J. Laird. Neue Untersuchungen betreffend die Morphologie des Diphtheriebacillus. (Recent studies regarding the morphology of the diphtheria bacillus.)** *Albany Medical Annals. Mai 1903.*

Unter 1666 bacteriologisch diagnosticirten Fällen von Diphtherie fanden sich granulirte Bacillen in mehr als der Hälfte der Fälle; dagegen wurden — in Uebereinstimmung mit den Angaben Wesbrook's — in den letzten Stadien der Krankheit, wenn es sich klinisch schon um Reconvalescenten handelte, in viel höherer Proportion die ganz gefärbten Formen gefunden. In einigen Fällen wurden jedoch bis zuletzt die granulirten Bacillen gefunden.

Ein von der Gesundheitskommission des Staates Massachusett eingesetztes Comité hat sich mit Untersuchungen, betreffend das Vorkommen von Diphtheriebacillen bei gesunden Personen beschäftigt. Es wurden bei 4000 Personen Nase und Hals mit Culturversuchen untersucht. Es fanden sich bei 1--2 pCt. der so untersuchten Personen typische Diphtheriebacillen des granulirten Typus, sogenannte Involutionsformen des langen und des kürzeren Typus. Ganz gefärbte Diphtheriebacillen fanden sich in der Nase bei ungefähr 26 pCt., und im Halse bei 5 pCt. Das Comité ist der Ansicht, dass nur die granulirten Bacillen, die bei gesunden Personen gefunden wurden, als wirkliche Diphtheriebacillen angesehen werden sollen. Mit den im Halse gesunder Personen gefundenen granulirten Diphtheriebacillen wurden Untersuchungen betreffs ihrer Virulenz angestellt; 17 pCt. dieser Versuche fielen positiv aus. LEFFERTS.

91) **John S. Billings. Der Werth der Controlculturen bei Diphtherie. (The value of confirmatory cultures in diphtheria.)** *N. Y. Medical Journal. 12. September 1903.*

Die Versuche, die im diagnostischen Institut des Gesundheitsdepartements der Stadt New-York angestellt wurden, führten zu folgenden Ergebnissen:

1. Bei einer kleinen Zahl von Fällen wahrer Diphtherie lässt die erste Cultur Diphtheriebacillen vermissen, was häufig auf gleichzeitig bestehende septische Infection zurückzuführen ist. Mit Ausnahme dieser Fälle kann bis zum 10. Krankheitstage aus einem negativen Culturergebniss geschlossen werden, dass es sich wahrscheinlich nicht um Diphtherie handelt.

2. Folgende Gründe lassen eine Controlcultur in negativen Fällen erforderlich erscheinen: a) Wenn im Nährboden überhaupt nichts gewachsen ist. b) Wenn der Nährboden in Fällen, die klinisch als Diphtherie erscheinen, völlig verflüssigt und getrübt wird. c) Wenn verdächtige oder dem Löffler'schen ähnliche Bacillen gewachsen sind. d) In Croupfällen bei Kindern, wenn die Membranbildung auf den Larynx beschränkt ist und die Dauer der Krankheit weniger als 5 Tage beträgt.

In Uebereinstimmuug mit diesen Versuchsergebnissen sind in dem Arbeitsplan, nach dem in obengenanntem Institut die diagnostischen Auskünfte ertheilt werden, entsprechende Modificationen angeordnet worden. LEFFERTS.

92) **Hunsberger** und **Bergey. Ein ungewöhnlicher Fall von Diphtherie. (An unusual case of diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 5. Juli 1902.*

Pat., ein 3jähr. Kind, erkrankte mit croupösem Husten und Erscheinungen, die auf eine croupöse Bronchitis schliessen liessen. Am 3. Tage trat der Exitus ein. Bei der Section fanden sich die Bronchiolen vollgepfropft mit Fibrin, Blut und Diphtheriebacillen. Verf. räth, wenn länger dauernder Crouphusten besteht, auch bei Fehlen sonstiger Symptome von Seiten des Halses stets den Culturversuch zu machen. LEFFERTS.

93) **Edwin Rosenthal. Bericht über einen Fall von Typhus, complicirt mit Pneumonie und mit Kehlkopfdiphtherie im Gefolge. (Report of a case of typhoid fever complicated with pneumonia and followed by laryngeal diphtheria.)** *Archives of Pediatrics. August 1902.*

Der durch seine Complicationen ausgezeichnete Fall endete mit Heilung.

EMIL MAYER.

94) **Irwing M. Snow. Diphtherie mit persistirendem Trismus und Opisthotonus. (Diphtheria with persistent trismus and opisthotonus.)** *American Journal Medical Sciences. December 1902.*

Verf. beschreibt einen im Uebrigen leichten Fall von Diphtherie mit andauernder Contractur der Kau- und Rückenmuskeln. Vom 3.—10. Krankheitstage war allgemeiner starker Muskelspasmus vorhanden gewesen; nach dem 10. Tage löste sich dieser allmälig und es blieb nur der Trismus und Opisthotonus bestehen. Diese dauerten 21 Tage an, wurden durch Tetanusantitoxin nicht beeinflusst, aber durch Morphium gemildert. EMIL MAYER

95) **Roosen-Runge. Ein Fall von Diphtheriebacillensepsis.** *München. med. Wochenschr. No. 29. 1903.*

Mittheilung eines Falles, bei dem im Blute während des Lebens echte Diphtheriebacillen gefunden wurden; der 19jähr. Kranke hatte vorher eine Pneumo-

coccenpneumonie mit Pleuraexsudaten bestanden und starb an Endocarditis ulcerosa; die Infection mit Diphtherie erfolgte wahrscheinlieh von der Operationswunde der Pleura aus.

SCHECH.

96) **Henry D. Jump. Endocarditis nach Diphtherie. (Endocarditis following diphtheria.)** *Pediatrics. August 1903.*

Die Symptome der acuten Endocarditis zeigten sich bei dem 6jähr. Patienten am 17. Krankheitstage. Ein Jahr später hörte man ein lautes, systolisches, schwirrendes Geräusch über der Herzspitze.

EMIL MAYER.

97) **Willson Prevost** (New-York). **Ein Fall von maligner Trousseau'scher Diphtherie. (Un cas de diphtérie maligne de Trousseau.)** *Arch. Internat. de Laryngol., Otol. etc. No. V. 1903.*

Fall von schwerer Diphtherie bei einem 35jähr. Mann, der trotz Seruminjectionen der Krankheit unterlag.

E. J. MOURE.

98) **Henry G. Godfrey. Eine Analyse von 55 Fällen von Diphtherie. (An analysis of fifty-five cases of diphtheria.)** *American Medicine. 4. October 1902.*

Die in 10 Fällen angestellten Bluntersuchungen ergaben folgendes Resultat:

Die Leucocytose variirt von 12000—32000; sie nimmt bei Anwendung von Antidiphtherieserum progressiv ab. Die Abnahme der rothen Blutkörperchen ist gering, ihre Zahl beträgt während des ganzen Krankheitzverlaufes 3—4 Millionen.

Die Hämoglobinabnahme ist unverhältnissmässig gross, beträgt durchschnittlich 20 pCt. und setzt sich bis in die Reconvalescenz fort.

In Fällen, in denen 20000 I.-E. Serum gebraucht waren, war die Anämie geringer, als wo nur 2000 I.-E. zur Anwendung kamen, was zur Annahme führt, dass durch grosse Serumdosen das Blut besser conservirt wird.

EMIL MAYER.

99) **Paris** und **Salomon. Blutveränderungen bei Diphtherie. (Modifications sanguines dans la diphtérie.)** *Société de biologie. 27. April 1903.*

Die von Début constatirte Leucocytose hat keine prognostische Bedeutung. Dauert sie in einer späteren Periode der Krankheit an, so ist sie zurückzuführen auf eine Complication (Bronchopneumonie, Anaemie, Adenopathie). Eine Leucocytose zusammen mit sehr ausgesprochener Mononucleocytose legt den Verdacht auf Tuberculose nahe. Die Zahl der rothen Blutkörperchen vermindert sich im Lauf der Diphtherie nicht, dagegen beobachtet man eine sehr erhebliche Abnahme des Hämoglobingehaltes, die auch während der Reconvalescenz anhält.

PAUL RAUGÉ.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

100) **G. Hudson Makuen. Ueber die Entwickelung des Sprachvermögens. (On the development of the faculty of speech.)** *International Medical Magazine. Juli 1903.*

Verf. weist auf die Wichtigkeit eines guten Beispiels für das Sprechen ler-

nende Kind hin und giebt einen — nichts wesentlich Neues enthaltenden — Ueberblick über die Entwicklung der Sprache. EMIL MAYER.

101) **James Moreau Brown. Behandlung der hauptsächlichsten Sprachfehler. (Treatment of principal defects of speech.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. November 1902.*

Verf. befolgt die Methoden von G. Hudson Makuen. EMIL MAYER.

102) **Bonnier. Ueber die Stimmschwingung. (Sur le branle vocal.)** *Ann. des maladies du larynx, des oreilles et du nez. August 1903.*

Physiologische Arbeit, in der Verf. die Schwingungsart der Stimmbänder bei den verschiedenen Timbres der Stimme studirt: Bruststimme, Gutturalstimme, nasale Stimme etc. E. J. MOURE.

103) **T. S. Flatau** und **H. Gutzmann. Experimenteller Beitrag zur Physiologie des Gesangs. (Contributo sperimentale alla fisiologia del canto.)** *Arch. Ital. d. Otologia etc. November 1903.*

Wiedergabe der von den Autoren vor der Laryngolog. Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel Sept. 1903 gemachten Mittheilung. FINDER.

104) **M. Tumonsky. Paralyse, Aphasie und Erblindung im Verlaufe des Keuchhustens.** *Wien. med. Wochenschr. S. 310. 1903.*

In der 5. Woche des Keuchhustens stellt sich bei einem $2^1/_2$jähr. Mädchen linksseitige Oculomotorius- und Facialislähmung, Aphasie, Lähmung und Anästhesie des rechten Armes und Beines ein. Exitus in der 10. Krankheitswoche. T. beobachtete noch 5 Fälle mit schweren Symptomen von Seiten des Nervensystems. Er nimmt an, dass es mehrere Arten des Keuchhustentoxins giebt und dass das Toxin dieser Keuchhustenepidemie die specifische Eigenschaft besessen habe, hauptsächlich das Centralnervensystem zu schädigen. J. KATZENSTEIN.

105) **Wm. Porter. Die Bedeutung der Aphonie bei Aortenbogenaneurysmen. (The significance of aphonia in aneurysm of the arch.)** *American Medicine. 26. April 1902.*

Verf. bespricht den Werth einer frühzeitigen Diagnose und die Symptome, die für eine solche verwerthbar sind. EMIL MAYER.

106) **Geo. H. Matthewson. Aeusserste Heiserkeit, beinahe zu absoluter Aphonie sich steigernd infolge Anwesenheit eines Fremdkörpers im äusseren Gehörgang. (Extreme hoarseness almost amounting to absolute aphonia due to the presence of a foreign body in the external auditory meatus.)** *Canada Medical Record. November 1903.*

Nach der Entfernung des Fremdkörpers kehrte die Stimme sofort wieder.

EMIL MAYER.

107) **A. van Gehuchten** und **A. Bochenek. Der N. Willisii in seinen Beziehungen zum N. vagus. (Le nerf de Willis dans ses connexions avec le nerf pneumogastrique.)** *Névraxe. II. 3. p. 323. 1901.*

108) **J. van Bierolìet. Untersuchungen über die Wurzellocalisationen der motorischen Kehlkopffasern. (Recherches sur les localisations radiculaires des fibres motrices du larynx.)** *Névraxe. III. 3. p. 295. 1902.*

109) **F. de Beule. Experimentelle Untersuchungen über die motorische Innervation des Kehlkopfes beim Kaninchen. (Recherches expérimentales sur l'innervation motrice du larynx chez le lapin.)** *Névraxe. IV. 1. p. 163. 1902.*

Vorstehende Arbeiten van Gehuchten's und seiner Schüler werden aus dem Grunde zusammen besprochen, weil sie sämmtlich im Gegensatz zu den anatomischen, pathologisch-anatomischen und experimentellen übereinstimmenden Ergebnissen des letzten Jahrzehnts die Betheiligung des N. accessorius an der Innervation des Kehlkopfs bejahen.

In der ersten Arbeit behaupten Gehuchten und Bochenek im Widerspruche zu Grabower, dass der N. accessorius an der motorischen Innervation des Kehlkopfes betheiligt ist, da sie nach Ausreissung der bulbären Wurzeln des N. accessorius eine Degeneration im N. laryngeus inferior beobachteten.

In der zweiten Arbeit hat Bieroliet beim Kaninchen Abtheilungen von Nervenwurzeln gesondert unterschieden, die von dem verlängerten Mark aus den gemeinsamen Stamm des N. glosso-pharyngeus, N. vagus und N. accessorius bilden. Die Zerstörung der oberen Wurzelgruppe (N. glosso-pharyngeus) bleibt ohne Einwirkung auf den Kehlkopf. Die mittlere Wurzelgruppe (N. vagus) innervirt den N. laryngeus sup. und einen Theil des N. laryngeus inf. Die untere Wurzelgruppe (N. accessorius) innervirt gleichfalls den N. laryngeus inf.

In der dritten Arbeit, der de Beule's, die bereits in der Juninummer des Centralblattes (1903. p. 311) besprochen ist, wird gleichfalls, auf Grund experimenteller Untersuchungen, angenommen, dass der N. accessorius an der motorischen Kehlkopfinnervation betheiligt ist und zwar so, dass er den M. thyreo-arytaenoideus internus und externus versorgt. (!) Das motorische Kehlkopfcentrum ist nach de B. nicht der Nucleus ambiguus, sondern der dorsale Vagus-accessorius-Kern.

Eine sorgfältige Nachprüfung der vorstehend referirten drei Arbeiten erscheint geboten.

J. KATZENSTEIN.

110) **G. B. Harland. Bericht über einen Fall von Lähmung beider M. interni. (Report of a case of paralysis of both internal thyro-arytenoid muscles.)** *Laryngoscope. April 1903.*

Ein Fall von hysterischer Aphonie.

EMIL MAYER.

111) **Sal. Foster. Bericht über zwei Fälle von Kehlkopflähmung infolge Aortenaneurysma. (Report of two cases of laryngeal paralysis due to aortic aneurism.)** *Laryngoscope. Mai 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

112) **Weinberger. Ueber eine seltenere Ursache der rechtsseitigen Recurrenslähmung (Aneurysma der Art. anonyma dextra).** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1903.*

Mittheilung eines auf der L. v. Schrötter'schen Klinik beobachteten Falles, der sich auch noch durch anderweitige Symptome, hectisches Fieber und Milztumor auszeichnete, so dass man glaubte, die Recurrenslähmung sei durch Druck einer tuberculösen Lymphdrüse hervorgerufen. Als Ursache ergab sich aber ein eigrosses sackförmiges Aneurysma der Anonyma; dasselbe ist mit geschichteten Thromben ausgefüllt und communicirt mittelst einer 1 cm im Durchmesser haltenden Oeffnung mit dem umgebenden Gewebe; die Wand des Aneurysma ist mit Ausnahme der peripheren Schichten fast vollkommen verkäst, letztere sind meist in diffuser Weise kleinzellig infiltrirt und zeigen auch vereinzelte Riesenzellen und aus epitheloiden Zellen bestehende Herde; Tuberkelbacillen fehlen.

SCHECH.

113) **B. Fränkel** (Berlin). **Schulter-, Gaumen-, Kehlkopflähmung.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 21. 1903.*

Bei einer 38jährigen Frau entwickelt sich ziemlich schnell 1. eine periphere Lähmung des rechten Sternocleidomastoideus und Cucullaris, 2. eine Lähmung der rechten Stimmlippe, die übrigens bei der Phonation nicht in der Medianlinie, sondern etwas schief steht. — Eine eingehende Analyse der Erscheinungen führt den Vortr. zum Schluss, dass es sich um eine nicht näher definirbare pathologische Bildung in der Gegend des rechten Foramen jugulare handeln müsse, die eine partielle periphere Lähmung des Vago-assessorius bewirke. Weshalb die sensiblen Aeste des Vagus intact sind, ist nicht ersichtlich.

(Es ist schade, dass dem Referat nicht die Skizzen beigegeben sind, die der Vortragende während seiner Auseinandersetzungen an die Tafel gezeichnet hat, und worauf er sich im Texte bezieht. So bleiben manche Punkte nicht völlig durchsichtig. Der Ref.)

ZARNIKO.

114) **Debove** fils. **Durchschneidung der N. recurrentes, des Hypoglossus und Sympathicus. (Section des nerfs recurrents, hypoglosse et grand sympatique.)** *Arch. Internat. d. Laryngol., Otol. etc.*

Die genannten Nerven wurden im Verlauf einer Exstirpation eines Branchialcarcinoms durchschnitten; die gelähmte Stimmlippe stand in Adduction, die Zunge war halb gelähmt; die Stimme verändert.

E. J. MOURE.

115) **B. Fränkel** (Berlin). **Doppelseitige Posticuslähmung.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 21. 1903.*

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass sich 1. im Röntgenbilde ein intrathoracischer Tumor zeigte, der als peripherische Ursache der Lähmung angesprochen werden konnte und dass 2. zugleich Erscheinungen vorhanden waren, die auf eine centrale Ursache hindeuteten.

ZARNIKO.

116) **Gradenigo. Ueber Ictus laryngis und Spasmus der Glottisschliesser. (Intorno all'ictus laringeo e allo spasmo dei costrittori della glottide.)** *Archiv. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. April 1903.*

Verf. schildert die Momente, die dem Ictus laryngis und dem Spasmus glottidis gemeinsam sind; die Aehnlichkeit beruht wohl darauf, dass es sich bei beiden um Erscheinungen gesteigerter Reflexthätigkeit in Folge abnormer Reizbarkeit des Bulbus handelt. Er berichtet sodann über einige interessante Fälle eigener Beobachtung. In einem Fall von Spasmus laryngis bei einem Mann in den Fünfzigern fand sich objectiv eine geringe Beschränkung der Abductionsbewegungen des linken Stimmbands. An der linken Halsseite konnte man eine Reihe geschwollener Drüsen constatiren. Verf. wirft die Frage auf, ob nicht, da im Recurrens auch centripetale Fasern verlaufen und ein peripherer Reiz der Bahn des Nerven folgen könne, in dem vorliegenden Fall die Abductorparese nicht der Ausdruck einer gesteigerten Reizbarkeit des Nerven selbst sein könne, die bedingt wird durch einen leicht auf ihn ausgeübten Druck. In Bezug auf die centripetale Reizung des Recurrens und Vagus beruft sich Verf. auf die Arbeiten Du Bois-Reymond's und Katzenstein's.

Zwei von G.'s Patienten, die an Spasmus glottidis litten, hatten selbst ein Mittel ausfindig gemacht, um den Anfall zu coupiren. Bei einem gelang dies, indem er ein Schluck Wasser nahm. Bei dem Patienten sind seit 2 Jahren die Anfälle ganz ausgeblieben, nachdem folgende Eingriffe an ihm vorgenommen sind: Resection der Uvula, electrolytische Entfernung einer Septumleiste und locale Behandlung einer Pharyngitis und Laryngitis. Beim zweiten Patienten war gerade umgekehrt das Herunterschlucken von etwas Wasser im Stande, einen Anfall auszulösen. Verf. erklärt dies so: der Patient litt an starker chronischer entzündlicher Schwellung der Gaumenbögen, der Uvula und Tonsillen, die Deglutition war in Folge dessen etwas erschwert. Er hatte ferner eine Ω-förmige Epiglottis, die den Larynxzugang nur unvollkommen deckte. Es kam so leicht, dass ein Tropfen Flüssigkeit in den Kehlkopf gelangte und den Anfall hervorrief. In diesem Fall gelang es dem Pat., den Anfall dadurch zu coupiren, dass er einen Finger tief in den Mund steckte.

FINDER.

117) **James Collier** (London). **Ueber die Muskelaffection bei der progressiven Bulbärparalyse. (Upon the relative affection of muscles in progressive bulbar paralysis.)** *Review of Neurology and Psychiatry. Edinburgh, August 1903.*

Verf. erinnert an das frühzeitige Befallensein der supra- und infrahyoiden Muskeln in vielen Fällen von progressiver Bulbärparalyse und meint, dass die Dysphagie und Dysphonie eher auf eine atrophische Lähmung dieser Muskeln, als auf eine Lähmung der eigentlichen Gaumen-, Rachen- und Kehlkopfmuskeln zurückzuführen sei. Die klinische Untersuchung in einer Reihe von Fällen progressiver Bulbärparalyse und amyotrophische Lateralsclerose ergab, dass Dysphagie und Dysphonie erheblich variirten und dass ihr Grad von der mehr oder minder ausgesprochenen Atrophie der supra- und infrahyoiden Muskeln abhing. Es wurde ein Vergleich gezogen zwischen Fällen, in denen hochgradige Dysphagie in Folge Bulbärparalyse vorhanden war und solchen, in denen sie zurück-

zuführen war darauf, dass beide Vago-Accessoriuswurzeln in einen Tumor des Hinterhauptbeins aufgegangen waren. In beiden Fällen erschien die Art der Dysphagie ganz verschieden. In dem der Vago-Accessoriuserkrankung war sie pharyngeal und am wenigsten ausgesprochen beim Genuss von Flüssigkeiten, bei der Bulbärparalyse war es umgekehrt. Niemals wurde nasale Regurgitation beobachtet. Der Kehlkopfspiegel zeigte keine Bewegungsbeschränkungen der Stimmbänder, ausser in einem schweren Fall, in dem eine doppelseitige Abductorlähmung vorhanden war. Aphonie war nicht vorhanden, jedoch beschränkte sich die Phonation auf die tieferen Noten des Mittelregisters. Die höheren und die ganz tiefen Noten konnten nicht hervorgebracht werden. Sorgfältige Beobachtungen zeigten, dass die Veränderungen der Phonation pari passu einhergingen mit der Atrophie der supra- und infrahyoiden Muskeln.

Die Arbeit schliesst mit einem detaillirten Bericht über die histologische Untersuchung der Muskeln. Im Kehlkopf fand sich ausgesprochene Atrophie des M. crico-thyreoideus. Die M. masseter und temporalis sind deutlich contrahirt, was vermuthlich auf eine Lähmung ihrer Antagonisten zurückzuführen ist — des vorderen Bauchs des Digastricus, des Mylo-hyoideus, Genio-hyoideus und Genio-hyo-glossus, lauter Muskeln, die in Thätigkeit kommen, wenn der Kiefer entgegen einem Widerstand geöffnet werden soll. Wenn der Beobachter dem Patienten gegenübersteht und seine beiden Daumen jederseits in die Submaxillargegend desselben einstemmt, mit seinen übrigen Fingern den Kiefer umgreifend, und der Patient nun den Mund zu öffnen versucht, so kann man constatiren, dass der Mundboden in Folge der verringerten Wirkung des Digastricus und Mylo-hyoideus sich nicht anspannt. Zunge, Zungenbein und Kehlkopf werden etwas tiefer stehend gefunden, als beim Gesunden.

JAMES DONELAN.

118) **J. Lépine** (Lyon). **Tabische Larynxkrisen ohne Bulbärveränderungen. (Accidents laryngés tabétiques sans lésions bulbaires.)** *Société de Biologie. 21. November 1903.*

Pat. ist ein 39jähriger, seit 3 Jahren an Tabes leidender Mann. 6 Monate lang bestand Stridor, dann Ictus laryngis. Tracheotomie. Tod nach 48 Stunden.

Am Bulbus, der mittels Serienschnitten untersucht wurde, fand sich keinerlei Veränderung. Die motorischen und sensiblen Wurzeln des Vagus und Spinalis zeigten einige degenerirte Fasern. Die Hauptveränderungen jedoch hatten ihren Sitz im Laryngeus superior, der gleichzeitig atrophirt und degenerirt war.

PAUL RAUGÉ.

119) **F. Martin. Ueber angeborenen Kehlkopfstridor der Säuglinge. (Du strider laryngé congénital des nourissons.)** *Thèse du doctorat Bordeaux. Imprimerie du Midi 1902.*

Nach Verf. ist der angeborene Kehlkopfstridor auf verschiedene Ursachen zurückzuführen: Spasmus glottidis, Lähmung der Stimmbandmuskeln, Missbildung des Kehlkopfs. Man findet ihn bei verschiedenen pathologischen Zuständen: Adenoide Vegetationen, Hypertrophie der Thymus, Schwellung der tracheobronchialen Drüsen.

Verf. glaubt, dass der wahre Stridor seinen Grund hat in einer extremen Krümmung der Epiglottis und in starker Annäherung der ary-epiglottischen Falten aneinander.

E. J. MOURE.

120) **Charles Herrman. Ein Fall von infantilem Stridor. (A case of infantile stridor.)** *N. Y. Medical Record. 18. October 1902.*

Es handelte sich um ein $3^1/_2$monatliches Kind, bei dem kurze Zeit nach der Geburt ein eigenthümlicher inspiratorischer Stridor auftrat. Die Intensität des Geräusches war nicht constant und steigerte sich bei Erregung. Allgemeiner Gesundheitszustand gut, keine Cyanose. Verf. glaubt, dass der Stridor zurückzuführen sei auf eine Deformität des Larynx, die als eine Uebertreibung des infantilen Typus desselben zu definiren sei. Autopsien bei an intercurrenten Krankheiten gestorbenen Kindern ergaben keine Vergrösserung der Thymus oder der mediastinalen Drüsen.

Northrup hat einen gleichen Fall bei einem 5monatlichen Kind gesehen. Er ist geneigt, in diesem Fall den Stridor auf eine Congestion der ary-epiglottischen Falten zurückzuführen.

LEFFERTS.

121) **D. Crossby Green. Congenitaler inspiratorischer Stridor. (Congenital inspiratory stridor.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juni 1903.*

Die Diagnose gründet sich auf folgende Symptome: Das Vorhandensein des Stridors bei der Geburt; sein rein inspiratorischer Charakter, das Fehlen anhaltender Cyanose, die Unbeeinflussbarkeit des Geräusches durch die Haltung des Kindes, das normale Aussehen der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten. Die Prognose ist gut. Nur in seltenen Fällen ist die Tracheotomie oder Intubation nöthig.

LEFFERTS.

122) **Jas. E. Newcomb. Congenitaler Kehlkopfstridor. (Congenital laryngeal stridor.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juli 1903.*

Nach einer Schilderung der den congenitalen Stridor laryngeus charakterisirenden Symptome wendet sich Verf. den zu seiner Erklärung aufgestellten Theorien zu, von denen ihm die von Lack die acceptabelste zu sein scheint, dass es sich um eine angeborene Deformität der oberen Kehlkopfapertur handele, zu der noch die Schlaffheit der Theile im Kindesalter hinzukomme. Die Prognose ist an und für sich gut, doch kann dauernde Deformität des Thorax die Folge sein. Die Behandlung braucht nur eine allgemeine roborirende zu sein.

LEFFERTS.

f. Schilddrüse.

123) **P. Fiori. Ueber die Structur einer accessorischen Struma und der parathyreoiden Drüsen beim Menschen. Embryologische, histologische und anatomisch-pathologische Untersuchungen. (Sopra la struttura di un gozzo tiroideo accessorio e delle glandole paratiroidei nell'uomo. Ricerche d'embriologia, istiologia ed anatomia patologica.)** *1 Taf. Clinica chir. Anno II. No. 2. p. 100—121.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

124) **Ch. Goris. Schilddrüsentumor an der Zungenbasis. Exstirpation auf natürlichem Wege. Heilung. (Tumeur thyroïdienne de la base de la langue. Exstirpation par voies naturelles. Guérison.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No 7. 1902. Bulletin de l'Académie Royale de Méd. de Belgique. No. 41. 1902.*

36jährige Patientin, bemerkte vor 7 Jahren zum ersten Mal eine Anschwellung am Zungengrunde. G. constatirt einen kastaniengrossen, halbkugeligen, von einem Venennetze durchsetzten Tumor an der Zungenbasis, die Epiglottis nach hinten verdrängend, welchen er für ein Adenom hält.

Operation: einseitige Cricotracheotomie behufs Chloroformirens und Vornahme der Tamponade des Pharynx. Bogenförmige Incision des Bodens der Mundhöhle von der Kinnsymphyse an bis in die Mm. genioglossi hinein, so dass die Zunge weit aus dem Munde herausgezogen werden kann. Einschnitte der Tumorschleimhaut in Form einer Ellipse und Lospräparirung derselben, worauf der Tumor mit 2 Scheerenzügen aus seiner Unterlage herausgeschnitten wird. Ligatur der A. dorsalis linguae, welche leicht zu machen ist, r. Etagennaht. Entfernung der Canüle am 4. Tage.

Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergiebt eine ausgesprochene Schilddrüsenstructur. — Ein postoperatives Myxödem wird durch Thyreoidinmedication zum Verschwinden gebracht.

BAYER.

125) **Gaudier** und **Chevalier** (Lille). **Schilddrüsentumor bei einer jungen 20jährigen Person; Exstirpatio transhyoidea; Heilung. (Tumeur de la base de la langue [thyroïde] chez une jeune femme de vingt ans. Exstirpation par la voie transhyoïdienne. Guérison.)** *Bulletin de la Soc. Belge d'Otologie et de Laryngol. p. 195. 1903. La Presse Otolaryng. Belge. No. 1. 1903.*

20jähriges Mädchen stellt sich mit Phonationsstörungen vor; Näseln seit 3 Jahren, gegen welches Nasenmuschelkauterisationen ohne Erfolg vorgenommen worden waren; klagt ferner über beständigen Drang zu Leerschlucken und über Respirationsbeschwerden, besonders des Nachts.

G. untersucht und findet die Nase frei und die Nasenhöhlen intact; die Untersuchung des Mundes bei herabgedrückter Zunge und vermittelst des Kehlkopfspiegels lässt an der Zungenbasis einen kastaniengrossen, mediansitzenden Tumor erkennen, welcher die Epiglottis verdeckt und nach hinten verdrängt, derselbe ist nicht beweglich und von elastischer Consistenz, von intacter Schleimhaut überzogen, ohne Hypertrophie der Papillen und der Zungentonsille. — Diagnose: Zungenkropf. — Operation: wegen der Enge der Mundhöhle und der Schwierigkeit, die kurz angeheftete fleischige Zunge herauszuziehen, und da ausserdem die Geschwulst sehr weit nach hinten gelegen, wird die Exstirpatio transhyoidea beschlossen. — Rose'sche Kopflage; Schnitt in der Mittellinie vom Kinn bis unterhalb des Zungenbeins reichend; Section des Zungenbeins in der Mitte; Umklappen der beiden Fragmente sammt den Mm. mylohyoid. und geniogloss. nach aussen.

Die Geschwulst wird nun vom Munde aus in die Wundhöhle heruntergedrückt und nahe an der Schleimhaut, mit welcher sie durch einen breiten Stiel zusammenhängt, vermittelst eines Scheerenzugs abgetrennt, mit Zurücklassung eines kleinen

Fragments der Hauptgeschwulst behufs Vermeidung eines postoperativen Myxödems. Naht. Heilung per primam. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der grosswallnussgrossen, vollständig eingekapselten Geschwulst ergab: ein in einigen Punkten von der normalen Schilddrüse differirendes Aussehen durch: 1. einen Ueberreichthum an nicht sphärischen, sondern tuberculösen und tubulösen ramificirten Hohlräumen; 2. durch die Abwesenheit colloider Substanz an vielen Stellen. — G. giebt seinem Operationsverfahren den Vorzug vor anderen, weil es einen sicheren und leichten Zugang zur Geschwulst verschaffe, bei geringer Blutung, vorausgesetzt, dass man sich genau an die Mittellinie halte; man brauche keine Unterbindungen vorzunehmen; die Drainage sei leicht und die Narbe wenig sichtbar.

BAYER.

g. Oesophagus.

126) **Gottstein. Die diagnostische Bedeutung der Probeexcisien auf oesophagoskopischem Wege.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 65. Bd. 1902.*

Die Probeexcision durch das Oesophagoskop wurde in der Breslauer chirurgischen Klinik in der Zeit von Januar 1899 bis Anfang April 1901 47 mal in 34 Fällen vorgenommen. Es ergab sich, dass es sich in den meisten Fällen um Carcinom handelte, es fand sich in 26 Fällen Plattenepithelcarcinom, 3 mal Drüsenkrebs, 1 mal ein Gallertkrebs, 1 mal ein Medullarcarcinom, 1 mal ein Ulcus pepticum und 1 mal Actinomycose. Unter den Carcinomen befand sich nur eine verhältnissmässig kleine Zahl von Fällen, bei denen es weder durch die Anamnese noch durch den klinisch-oesophagoskopischen Befund gelang, die sichere Diagnose eines Carcinoms zu stellen.

SEIFERT.

127) **Hugo Starck. Die Oesophagoskopie und ihr diagnostischer Werth.** *St. Peterb. med. Wochenschr. No. 26. 1903.*

St. fasst die Resultate der Oesophagoskopie in folgenden Thesen zusammen:

1. Zur oesophagoskopischen Untersuchung eignet sich die Mehrzahl der Menschen.

2. Das geeignetste Instrument — gerader Tubus.

3. Für die Fremdkörper ist die Oesophagoskopie die sicherste Untersuchungsmethode.

4. Eine Frühdiagnose des Carcinoms ist nur mit Hilfe der Oesophagoskopie möglich.

5. Narben, Entzündungen etc. lassen sich am sichersten auf diesem Wege erkennen.

6. Die Differentialdiagnose zwischen functionellen und anatomischen Stenosen ist in manchen Fällen nur mit Hilfe der Oesophagoskopie möglich.

P. HELLAT.

128) **Schwarz. Fall von mehrfacher narbiger Strictur des Oesophagus. (Slutschai mnoshest. rubzew. sushenia pischtschewoda.)** *Verhandl. u. Protok. der russ. chirurg. Pirogow-Gesellschaft. 1900–1902.*

Durch Schwefelsäure-Verbrennung waren mindestens an drei Stellen Stric-

turen entstanden. Durch Gastrostomie und rückläufige Bougirung gelang es, die Patientin in erträglichen Zustand zu setzen.

P. HELLAT.

129) **v. Eicken** (Freiburg i. B.). **Ein Sarkom der Speiseröhre.** *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 65. Bd. 1902.*

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle, der einen 39jährigen Arzt betraf, wurde weder durch die oesophagoskopische noch durch die makroskopische pathologisch-anatomische Untersuchung die richtige Diagnose gestellt, erst die mikroskopische Untersuchung ergab ein von der Submucosa ausgegangenes Sarkom. Als hauptsächlichstes klinisches Symptom ist bei den seltenen Fällen von Sarkom die Speiseröhren-Dysphagie anzusprechen, vielleicht ist auch charakteristisch der putride, äusserst üble Geruch des Eiters, der erbrochen wird, und intensiver, auch von der Nahrung unabhängiger Schmerz. Bei der Oesophagoskopie hatte man eine pseudomembranartige Bildung in der Speiseröhre gefunden und die makroskopische anatomische Diagnose hatte auf Phlegmonoesophagitis dissecans gelautet.

SEIFERT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **M. Bukofzer. Die Krankheiten des Kehlkopfes.** August Hirschwald, Berlin 1903.

Ein geschickt abgefasstes, klar und übersichtlich gestaltetes Lehrbuch, das sich den Interessen des praktischen Arztes und Studirenden anpasst. Auf 209 Seiten ist das einschlägige Material, einschliesslich einer verhältnissmässig ausführlichen Darstellung der Anatomie und Physiologie des Larynx behandelt. Auch die Resultate neuerer Arbeiten sind vielfach sorgsam berücksichtigt und in einer zweckentsprechenden Weise dem Verständniss des Publikums, für welches das Buch bestimmt ist, nahe gebracht worden. Von der Wiedergabe von Abbildungen hat der Verfasser vollkommen Abstand genommen: Abbildungen anatomischer Natur, so meint er, findet man in jedem anatomischen Lehrbuch; die Instrumente in den Catalogen der Instrumentenhandlungen und die Wiedergabe einiger pathologischer Zustände würde die Anschaffung laryngologischer Atlanten nicht erübrigen. Ich glaube, dass dieser Gedankengang doch den thatsächlichen Verhältnissen nicht genügend Rechnung trägt. Der praktische Arzt pflegt ja gewöhnlich nicht sich stundenlang zum Studium eines Specialfaches hinzusetzen, umgeben von allem einschlägigen Material, sondern er will in diesem oder jenem Fall sich eine schnelle Orientirung und praktischen Rath verschaffen. Da wird denn natürlich und mit vollem Recht das Lehrbuch am meisten bevorzugt werden, das alles Wissenswerthe zwischen seinen beiden Pappdeckeln enthält. Und wenn solch' ein kurzgefasstes Lehrbuch natürlich auch an Text und Abbildungen nicht alles enthalten kann, so wird es eben Sache eines geschickten Autors sein, das auszuwählen, was den Bedürfnissen seines Leserkreises entspricht.

A. Kuttner.

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

20. Sitzung vom 25. October 1902.

Vorsitzender: Prof. Dr. E. Schmiegelow.
Schriftführer: Dr. A. Vincent.

1. E. Schmiegelow: Ein Fall von gestieltem alveolarem Carcinom des Kehlkopfes durch den Mund entfernt.

Eine 66jährige Wittwe wurde vorgestellt. Sie hatte an einer wallnussgrossen ulcerirenden Geschwulst, die den linken Sinus pyriformis ausfüllte, gelitten. Der Tumor beengte den Aditus laryngis in der Weise, dass die Respiration beim forcirten Athmen ein wenig stenosirt war. Die Geschwulst bewegte sich bei der Respiration etwas auf und nieder. Mittels kalter Schlinge wurde der Tumor vor einem Monate entfernt und es zeigte sich, dass die Insertionsstelle die äussere Seite der Aryknorpel und die aryepiglottische Falte einnahm. Heute zeigt die Laryngoskopie ganz normale Verhältnisse.

2. H. Schousboe: Ein Fall von Tuberculom der Schleimhaut der knorpeligen Nasenscheidewand bei einer 26jährigen, sonst gesunden Frau Die Diagnose wurde mittels des mikroskopischen Nachweises elementarer Tuberkel und Tuberkelbacillen gestellt.

3. Jörgen Möller: Ueber die Behandlung der chronischen Tonsillitis.

M. hebt zuerst hervor, dass man nicht ohne Weiteres, wie es meistens geschieht, die chronische Tonsillitis mit der Tonsillenhypertrophie identificiren darf. Die häufigste Behandlungsmethode bei der chronischen Tonsillenentzündung ist die Tonsillotomie, aber in vielen Fällen ist diese unausführbar, wenn thatsächlich keine Hypertrophie vorhanden ist, in anderen Fällen ist sie unzulänglich, indem immer Lacunen genug zurückbleiben, um die chronische Entzündung zu unterhalten. Bei der chronischen Tonsillitis lacunaris erreicht man häufig eine gute Wirkung durch Ausräumung der Lacunen und Bepinselungen mit Adstringentien oder durch Aufschlitzen. M. empfiehlt ferner das Morcellement der Tonsillen und namentlich des oberen Pols derselben. Es wurden 3 Fälle referirt, wo das Morcellement theils des oberen Poles, theils solcher lokalen Hyperplasien recidivirende peritonsilläre Abscesse zum Aufhören brachte, ferner ein Fall von chronischer Tonsillitis, welche wahrscheinlich die Infectionsstelle für eine bestehende Endocarditis bildete. Das Morcellement lässt sich bequem mit dem Hartmann'schen Conchotom ausführen.

4. Sonst Mittheilungen otologischer Natur.

21. Sitzung vom 29. November 1902.

Vorsitzender: Prof. Dr. E. Schmiegelow.
Schriftführer: Dr. Jörgen Möller.

1. A. Grönbech stellte einen 68jähr. Mann vor; derselbe hatte ein Epitheliom, welches einen Theil des Gaumensegels, den linken vorderen Gaumen-

bogen und die linke Seite der Zunge einnahm. Keine Drüsenschwellungen. G. meint, der Fall sei inoperabel.

2. Schmiegelow: Anchylosis articul. crico - arytaenoidea duplex.

S. stellte einen 44jähr. Mann vor, der in die otolaryngolog. Abtheilung des St. Josefs-Spitals am 7. Juni 1902 aufgenommen war. Er hatte mehrere Jahre hindurch Husten und Auswurf, besonders aber in den letzten Monaten gehabt. Im Alter von 24 Jahren eine Hämoptyse. Während der letzten 9 Monate ist er immer mehr heiser geworden und ist jetzt völlig aphonisch und hat ausserdem Erstickungsanfälle. Sthetoskopisch findet man Infiltration der rechten Lungenspitze und Cavernensymptome. Die Kehlkopfschleimhaut war von zähem, eitrigem Schleim bedeckt. In der Gegend des Proc. vocalis ein ziemlich grosses Geschwür. Die Stimmbänder verharren in der Intonationsstellung, werden bei der Inspiration noch ein bischen adducirt. Abduction findet nicht statt. Es wird Tracheotomia sup. wegen der Respirationsinsufficienz gemacht und Quecksilber Jodkali verabreicht. Nach und nach heilte das Geschwür und das linke Stimmband wurde ein bischen mobil, so dass die Respiration wieder durch den Kehlkopf vor sich gehen konnte. Jedoch sind jetzt wieder die Stimmbänder fast unbeweglich, ein Paar Millimeter von einander entfernt. Wegen des Lungenleidens und der früheren Hämoptyse war die Kehlkopfaffection für eine Tuberculose gehalten worden. Indessen hatte der Pat. früher Syphilis gehabt und der trotz der ausgedehnten pulmonalen und laryngealen Veränderung afebrile Verlauf der Krankheit berechtigte zur Annahme, dass es sich um eine luetische Affection oder wenigstens um eine Mischinfection handle. Es zeigte sich denn auch, dass sowohl das Lungen- wie das Kehlkopfleiden durch die Quecksilber-Jodkalibehandlung günstig beeinflusst wurden, und ferner wurden trotz wiederholten Untersuchungen keine Tuberkelbacillen gefunden. Es handelte sich demnach wohl um eine syphilitische Perichondritis, welche zur Anchylose der beiden Crico-arytaenoidal-Gelenke geführt hatte.

Die wahren, d. h. intracapsulären Anchylosen sind selten. S. hat früher nur 3 Fälle gesehen; einmal war die Ursache eine pyämische Perichondritis (s. Sitzung vom 11. 3. 1899), einmal eine syphilitische Perichondritis (Sitzung vom 11. 3. 1899) und einmal eine nach Scharlach entstandene Perichondritis (doppelseitige, theilweise Anchylose, nicht früher mitgetheilt).

G. Kiaer fragte, ob man nicht auf eine gute Wirkung der Intubation hoffen konnte.

E. Schmiegelow hatte die Absicht, auch diese Behandlung zu versuchen.

3. A. Grönbech: Ein Fall von diffuser, gummöser Infiltration im Kehlkopfe.

Eine 38jähr. Frau ist seit 4 Monaten heiser, Abmagerung, Appetitlosigkeit, leugnet Syphilis. Die ganze linke Seite des Kehlkopfes ist Sitz einer Infiltration, die von glatter, etwas gerötheter Schleimhaut bedeckt ist. Nirgends Geschwüre oder Drüsenschwellungen. Die Sthetoskopie zeigt nichts Abnormes. Bei antisy-

philitischer Behandlung schwindet die Infiltration nach und nach, und das Aussehen des Kehlkopfes wird völlig normal.

3. v. Klein: Ein Fall von Rhinophonia aperta bei einem 19 Jahre alten Mädchen. Die Pat. war früher gesund gewesen, niemals adenoide Sympt. Keine vorausgehende Angina. Vor 14 Tagen eine Erkältung mit Husten, Schnupfen etc., gleichzeitig bekam die Stimme einen besonderen Klang, sie fing an zu näseln, die Luftpassage durch die Nase war aber gut. Rhinoskopisch wurde im hinteren Theil der Nase etwas schleimig-eitriges Secret gefunden. Durch Rhinoskopia posterior wurde die Schleimhaut des Gaumensegels verdickt gefunden, theilweise von schleimig-eitrigem Secret bedeckt, keine Geschwüre. Die Choanen waren frei.

Schmiegelow meinte eine acute Entzündung der Rachentonsille wäre die Ursache der Rhinophonie.

Kiaer meinte, ein Leiden der Cellulae könnte auch als Ursache mitwirken.

22. Sitzung vom 22. December 1902.

Vorsitzender: E. Schmiegelow.
Schriftführer: J. Möller.

S. Bentzen: Ein Fall von ausgedehnter luetischer Nekrose der Gesichtsknochen bei einer 42jähr. Frau, die im Jahre 1896 inficirt wurde.

Am 11. 5. 1901 wurde das ganze Pflugscharbein mit Ausnahme der Basis entfernt, am 8. 7. ein Theil der Basis dieses Knochens. Im Anfang 1902 wurde der letzte Rest des Pflugscharbeines entfernt und wegen doppelseitigen Kieferhöhlenempyems wurden auf beiden Seiten die beiden ganz nekrotischen Oberkieferknochen entfernt, ebenso wie die Conchae sowie der untere Theil des Siebbeins.

An der Discussion nahmen Klein, Nórregaard, Christiansen und Schmiegelow Theil, und besonders der letztere meinte, dass man seiner Erfahrung zu Folge bei luetischen Affectionen mit chirurgischen Eingriffen sehr vorsichtig sein muss und höchstens nur die spontan gelockerten Sequester entfernen sollte. Ein jedes eitrige Leiden vermehrt nämlich in hohem Grade die zerstörenden Eigenschaften der gummösen Affectionen, Nebenhöhleneiterungen begünstigen in hohem Grade die Nekrose der Wandungen und durch gewaltsames Entfernen von Knochentheilen aus der Nasenhöhle erzielt man sehr leicht die Infection irgend eines Hohlraumes.

23. Sitzung vom 21. Januar 1903.

1. Gottlieb Kiaer: Gaumenprothesen bei angeborenen Gaumenspalten.

Geschichtliche Entwickelung der Prothesen und Demonstration einer Pat. mit Prothese, die keinen Nutzen gewährte.

2. Gottlieb Kiaer: Infiltratio gummosa conchae inf. dextr. et palati mollis.

Die diagnostischen Schwierigkeiten wurden mittelst Darreichung von Jodkali und Quecksilber gelöst.

3. Buhl: Tumor cysticus epiglottidis bei einem 11jähr. Knaben. Der Tumor war von der Grösse einer spanischen Kirsche.

4. Mittheilungen otologischer Natur. Jörgen Möller.

---

c) Sitzungs-Bericht der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 23. October 1902.

Vorsitzender: Lichtenberg.
Schriftführer: Zwillinger.

Demonstration:

1. v. Navratil: Linksseitige Recurrensparalyse und constantes Fehlschlucken, durch einen Tumor in der Speiseröhre bedingt. (Vorgestellt durch v. Lénárt.)

Pat. 42 Jahre alt, seit Juli laufenden Jahres Schlingbeschwerden und Heiserkeit. Angeblich war Pat. zuvor immer gesund, gegenwärtig ist er abgemagert, die Stimme ist lispelnd.

Das linke Stimmband steht in der Medianlinie und bewegt sich weder bei Phonation noch bei Inspiration, das rechte Stimmband ist normal, Kehlkopfschleimhaut etwas hyperämisch.

Pat. vermag nur Flüssigkeit zu schlucken, dies aber auch sehr unvollkommen, denn bei dem Versuch zu schlucken tritt sofort krampfhafter Husten auf, wobei die Flüssigkeit durch Mund und Nase herausfliesst.

Die in den Oesophagus eingeführte Sonde stösst hoch im Eingang der Speiseröhre, 24 cm von der oberen Zahnreihe entfernt, auf ein Hinderniss, das nur durch eine federkieldicke Sonde passirbar ist. Die Strictur vermittelt der sondirenden Hand einen rigiden Widerstand.

Bei der Percussion finden wir, dem Manubrium sterni entsprechend, eine thalergrosse Dämpfung. Die Röntgenuntersuchung ist negativ.

Am 18. September laufenden Jahres musste der Pat. schleunigst tracheotomirt werden, denn die Recurrensparalyse befiel auch das rechte Stimmband, so dass beide Stimmbänder in der Medianlinie fixirt waren. Später liess die rechte Recurrensparalyse nach, bis auf eine kleine Parese des Stimmbandes.

Derzeit athmet der Pat. mit constant verschlossener Canule.

Besonders interessant ist in diesem Falle das Fehlschlucken, das bei vollkommen normaler Reflexerregbarkeit der Schleimhäute, worüber wir uns durch Sondenuntersuchung überzeugten, besteht. Die Ursache dieses Fehlschluckens scheint in dem Umstande zu liegen, dass die Flüssigkeit bei dem hochliegenden Hindernisse den oberhalb dieses liegenden Raum ausfüllt und aus dem Oesophagus hinaus und in den Kehlkopf hineinfliesst. Diesen Vorgang kann man mit dem Auge verfolgen, wenn man den Pat. unmittelbar nach dem Schlucken laryngoskopirt.

Unserer Ansicht nach wird die Oesophagusstrictur durch Carcinom verursacht.

Discussion:

Baumgarten will das Fehlschlucken so erklären, dass durch das Carcinom Fasern des Laryngeus sup. getroffen werden, Anästhesie entsteht, der Speichel sich anhäuft und auf diese Weise die Attaquen ausgelöst werden.

Donogány ist der Ansicht, dass in diesem Falle diese Erklärung nicht zutrifft, da der Nerv höher oben verläuft, die Geschwulst tiefer liegt.

Lénárt: Die Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut ist normal. Der Pat. ist nicht im Stande, die sich stauende Flüssigkeitsmenge zu bewältigen, dieselbe fliesst in den Kehlkopf über, um so den heftigen Husten auszulösen, welcher den Pat. quält.

2. v. Navratil: Hochgradige Rückwärtsbeugung der Epiglottis. Larynxstenose. (Vorgestellt durch Donogány.)

Der 26jährige junge Mann ist seit $2^1/_2$ Jahren heiser. Seit dieser Zeit hat er Schmerzen im Halse und zunehmende Athembeschwerden; wenig Husten, aber keinen Auswurf. Pat. leugnet, je eine primäre Affection gehabt zu haben.

Aufnahme am 6. August 1902.

Der Einblick in den Kehlkopf ist durch den sehr nach hinten gebeugten und gewulsteten Kehldeckel unmöglich. Bei vollständiger Cocainanästhesie konnte der Kehldeckel nur so weit gehoben werden, dass man die in der Mittellinie fixirten und geschwellten Aryknorpel zu sehen bekam.

Wegen der stets sich steigernden Athemnoth musste die Tracheotomie am 27. September ausgeführt werden. Nun konnte man erst nach einigen Tagen die Fixation der geschwellten Stimmknorpel und die der zwischen Cadaver- und Medianstellung befindlichen Stimmbänder sehen.

Die Ligam. aryepiglott. sind bedeutend verkürzt und geschwellt.

Vortragender ist der Ansicht, dass — in Anbetracht der bedeutenden Veränderungen am Kehldeckel und im Kehlkopfe — eine vorhergegangene luetische Erkrankung mit um so grösserer Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, als in der Anamnese acute infectiöse Krankheiten nicht nachzuweisen sind.

Discussion:

Onodi: Im vorgestellten Falle erscheint die Verengerung nicht genügend erklärt. Tuberculose oder Lues sind nicht vorhanden. Führt einen Fall eigener Beobachtung an, in welchem die eigenthümliche Configuration des Kehldeckels die Stenose verursachte.

Zwillinger: Die Stellung der Stimmbänder und die des Kehldeckels erklärt die hochgradige Stenose. Frägt, was die Ursache der Verkürzung der aryepiglottischen Falten sei.

Baumgarten constatirt, dass die Epiglottis schwer beweglich, die Laryngoskopie unmöglich sei.

Donogány: Die abgelaufene Entzündung verursachte die Anchylose. Lähmung musste ausgeschlossen werden, Lähmungsursachen waren nicht nachweisbar.

3. v. Navratil: Fall von Sarcoma nasi. (Vorgestellt durch Lipscher.)

16jähriger Arbeiter; giebt an, vor $1\frac{1}{2}$ Jahren bemerkt zu haben, dass seine Nase verstopft sei. Sein Arzt soll 2 Stücke entfernt haben. Die äussere Nase ist asymmetrisch, das Nasengerüst der linken Seite auseinandergedrängt, der Sulcus nasolabialis verstrichen. Im linken Nasenloch ist eine grau verfärbte, weiche, leicht blutende Geschwulst sichtbar. Rhinoscopia posterior zeigt, dass die Choanen von einer unebenen, röthlichen Geschwulst ausgefüllt sind. Der Kranke athmet mit offenem Munde, die Stimme nasal.

Aus dem Aeusseren der Geschwulst sowie aus dem Auseinandergedrängtsein des Nasengerüstes lässt sich die Diagnose auf einen malignen Tumor stellen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Existenz eines Sarcoms.

Navratil wird das Sarcom mittels der Bruns'schen temporären Resection des Nasengerüstes entfernen. (Wurde seither mit gutem Resultate ausgeführt. Ref.)

Discussion:

Onodi erwähnt einen Fall aus seiner Praxis. Es handelte sich um Nasenpolypen; während das Recidiv auf der einen Seite in einfachen Schleimpolypen bestand, fand sich auf der anderen Seite bereits ein Sarcom vor.

4. Donogány: Tuberculöse adenoide Wucherungen.

Fall I. 17 Jahre altes Mädchen. Beklagte sich über Nasenverstopfung und Rachenbeschwerden. Die Schleimhaut der oberen Luftwege blass. Die Wucherungen von normalem Aussehen. Operation, rasche Heilung der Wunde. Nach einigen Wochen trat Husten auf und wurde in der rechten Lungenspitze eine Caverne constatirt. Phthisis von rapidem Verlauf. Die Hälfte des mikroskopischen Präparates besteht aus typischem tuberculösem Gewebe ohne Bacillen.

Fall II. 8 Jahre altes Mädchen. Ihre Mutter starb vor 3 Jahren an Tuberculose. Erscheinungen von Nasenverstopfung. Die adenoiden Wucherungen von normalem Aussehen mit Recessus medius. Nach 2 Monaten Bronchitis, welche bald heilte. Das mikroskopische Präparat, hauptsächlich aus normalem Gewebe bestehend, enthält einige epitheloide Tuberkel mit Riesenzellen.

Discussion:

Berend (a. G.): In dem zweiten der angeführten Fälle waren in den Lungen Symptome vorhanden, welche an Tuberculose denken liessen. Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden, trotzdem kann Tuberculose nicht ausgeschlossen werden. Auf Guajacol-Menthol besserte sich der Zustand bedeutend.

Zwillinger: In den vorgestellten Fällen würde es sich um secundäre Tuberculose der adenoiden Vegetationen handeln.

Polacsek: Die primäre Tuberculose sei verhältnissmässig nicht so selten als angenommen wird. Dieulafoy hat unter 61 Fällen in 5 Tuberculose nachweisen können. Aus diesen Gründen sei es wichtig, in allen Fällen von adenoiden Vegetationen die Lunge zu untersuchen.

Onodi: Trotz mangelnden bacteriologischen Nachweises sei das Gewebe bestimmt tuberculöses Gewebe.

Baumgarten muss auch diesmal hervorheben, dass sowohl in den Ton-

sillen als auch in den Adenoiden Tuberculome gefunden werden. Tuberculose kann nur dann anerkannt werden, wenn Bacillen vorhanden sind. Um Fremdkörper bilde sich bekanntlich ähnliches Granulationsgewebe. Der demonstrirte Fall sei wohl verdächtig, aber nicht mehr als das.

Donogány: Der positive Nachweis von Bacillen bedeute noch immer nicht Tuberculose, dieser Befund könne auch nur accidentell sein, Bacillen können vorhanden sein ohne die charakteristischen histologischen Veränderungen. Wenn hingegen im Gewebe die charakteristischen Veränderungen vorhanden seien, wie im demonstrirten Falle und Bacillen nicht nachweisbar seien, da dieselben nicht gefunden wurden, handle es sich doch um Tuberculose. Lermoyez unterscheidet aber richtig: „Vegetations bacillifères" und „bacillaires". Diese Frage sei noch nicht endgiltig entschieden.

5. v. Lénárt stellt einen Fall von retronasalen Polypen vor.

6. Zwillinger: Fall acuter Kieferhöhlenentzündung, abnormer Verlauf, Heilung.

Frau P. J., 30 Jahre alt, stellte sich am 22. September 1902 mit der Klage vor, dass ihre linke Gesichtshälfte geschwollen, linke Nasenhälfte verstopft sei; keine Secretion, Kopfschmerzen. Die Rhinoskopie ergiebt geringe Schwellung der Schleimhaut, etwas Röthung, Secret im mittleren Nasengang nicht sichtbar. Ostium maxillare nicht sondirbar, eine accessorische Oeffnung nicht auffindbar. Die Durchleuchtung ergiebt Dunkelbleiben der linken Gesichtshälfte. Zustand am nächsten Tage derselbe. Nach einigen Tagen entleert sich während des Ausblasens der Nase unter geringem Schmerz eine grosse Menge Secrets. Seitdem haben die Schmerzen aufgehört, die Nase ist frei, das Gesicht nicht mehr geschwollen, Pat. befindet sich vollkommen wohl, doch wird sie noch durch die Secretion belästigt, welche noch immer, jedoch in geringerem Maasse anhält.

Gegenwärtig ist der Zustand bereits ein normaler, der Process als abgelaufen zu betrachten.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass wir es im gegenwärtigen Falle mit einer acuten Entzündung der linken Kieferhöhle zu thun hatten und dass sich das Secret Bahn gebrochen hat. Der vorgeführte Fall gehört zu den selteneren.

Discussion:

Onodi: Der Fall beweist, dass die Kieferhöhlenentzündung spontan heilen kann. Die conservative Behandlung ergebe ebenfalls gute Resultate. Es scheint in diesem Falle eine accessorische Oeffnung vorhanden zu sein, durch welche die Menge Secretes entleert wurde.

v. Lénárt berichtet über zwei Fälle spontaner Heilung.

7. Lipscher: Ulcus tuberculosum linguae.

53jähriger Tischler giebt an, dass vor 6 Wochen auf seiner Zunge ein Bläschen entstand, das sehr schmerzhaft war und immer grösser wurde. Jetzt ist es von der Grösse eines Silberguldens, mit grauem Detritus bedeckt, von unebener Oberfläche, unterminirten Rändern und von ovaler Form. Die Umgebung infiltrirt und trotz der Grösse zeigt es keine bedeutende reactive Entzündung. Grosse

Schmerzen, starke Salivation, die Nahrungsaufnahme beschränkt. Der Brustkorb ist stark eingesunken, über der linken Lungenspitze Dämpfung. Im Sputum viel Tuberkelbacillen. Der Kranke hustet viel, hat Nachtschweisse. Treten diese Ulcera primär auf, so kann eine Differentialdiagnose zwischen Carcinom und Lues nur schwer zu stellen sein.

Sitzung vom 27. November 1902.

Vorsitzender: v. Navratil.

Schriftführer: Zwillinger.

Demonstrationen:

1. A. Fischer: Operirter Fall eines sarcomatösen Polypen des Nasopharynx.

12jähriger Knabe wurde in Chloroformnarcose praeventiv tracheotomirt, die Nase nach Bruns osteoplastisch resecirt, aufgeklappt, es gelang den Stiel der Geschwulst, welche vom Perioste des Keilbeines ausging, zu fassen und dieselbe in toto zu entfernen. F. schildert die Vortheile des Verfahrens nach Bruns gegenüber der Methode nach Partsch und meint zum Schlusse, dass in denjenigen Fällen, in welchen es sich um breitbasige aufsitzende Geschwülste handelt, die Resection des Oberkiefers unvermeidlich werde.

2. Donogány: Nach Trauma entstandene linksseitige Lähmung der Nn. facialis, vagus, accessorius, hypoglossus, sympathicus und phrenicus.

24jähriger junger Mann wurde durch einen Stier zu Boden getreten; ausser einem Bruche des rechten Schlüsselbeines erlitt Pat. einen heftigen Stossstich unter dem linken Ohre. Blutung gering. Gleich nach dem Unfalle konnte er das linke Auge nicht schliessen, seine Stimme wurde heiser, Athmung beschwerlich, Schlucken fast unmöglich. Der Kranke ist unfähig die linke Stirnhälfte zu runzeln, Mundwinkel nach rechts verzogen, linke Gesichtshälfte starr, Pfeifen unmöglich. Die linke Pupille sehr eng, reagirt aber auf Licht und Accomodation. Die Zunge strebt nach links, linke Seite atrophisch.

Das linke Aryknorpelgelenk etwas nach innen luxirt, das linke Stimmband in Cadaverstellung. Das rechte Stimmband bewegt sich normal, doch überschreitet es die Mittellinie nicht. Gehör intact. Gefühlssphäre der Haut, der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes, so auch das Geschmacksgefühl normal. Als sehr interessantes Symptom ist hervorzuheben, dass trotz der offenbaren Vagusparalyse keine halbseitige Kehlkopfanästhesie zu Stande kam. Bei dem Kranken, der sich auf der Abtheilung Prof. v. Navratil's befindet, wird der operative Eingriff versucht werden, da sich die Nervenenden wahrscheinlich in der Narbe befinden, wo sie aufgesucht und vereinigt werden sollen.

Discussion:

Onodi: Das Intactgebliebensein der sensitiven Sphäre ist ein Beweis jener anatomischen Thatsache, dass der Kehlkopf eine gekreuzte doppelte sensitive Innervation hat.

3. Baumgarten: a) Gutartige Neubildung des Nasenrachenraums (?).

18jähriges Mädchen, mit auffallend glatten, die Choanen fast ganz verdeckenden Vegetationen, von der Grösse eines Taubeneies, selbe wurden mit einem grossen Gottstein'schen Messer entfernt. Der Tumor erwies sich als Fibrom.

b) Bösartige Neubildung des Nasenrachenraumes.

26jähriger Mann. Der Nasenrachenraum ist von einer harten Geschwulst ausgefüllt. Im hinteren Drittel der linken Nase ist das Lumen ebenfalls von einer derben, stark blutenden Neubildung eingenommen. Wegen der diffusen Basis und wahrscheinlichen Malignität wurde die Operation von chirurgischer Seite abgelehnt. Die Zerstörung wurde mit Electrolyse versucht, wodurch der Tumor rasch zerfiel. Die mikroskopische Untersuchung giebt kein positives Resultat; das klinische Bild spricht für Fibrosarcom.

4. Polyák: Angeborenes Diaphragma des Kehlkopfes.

25jähriger Kranker, bei dem eine weisse Membran die vordere Hälfte beider Stimmlippen symmetrisch verbindet, nach hinten in ovaler Form endete und bei der Phonation unter den Stimmlippen verschwand; sie ist etwa 3—4 mm dick. Verursachte weder Stenose noch Heiserkeit.

5. Polyák: Siebbeinnecrose und Nasenrachengeschwür bei tertiärer Syphilis.

Grosser Defect am weichen Gaumen und Velum, an der hinteren Wand des Nasenrachenraumes ein wallnussgrosses tiefes Geschwür. Nach Inunction entleeren sich viele necrotische Knochen und Detritus, bis mehrere Siebbeinzellen freilagen.

6. Onodi: Nasenrachengeschwülste.

a) 55jähriger Mann. Taubeneigrosse Geschwulst an der lateralen Wand oberhalb des Sinus pyriformis bis zum medialen Theil des Zungengrundes. Pat. fühlt die Geschwülste seit 6 Monaten. Die Diagnose Lymphosarcom ist mikroskopisch festgestellt.

b) 71jähriger Kranker; mikroskopische Untersuchung giebt keinen sicheren Stützpunkt, ob es sich um ein Haemangiom oder eine chronische entzündliche Bildung handelt.

Onodi referirt in der darauffolgenden IX. Jahresversammlung über die Rindencentren des Geruches und der Stimmbildung.

Vortragender erörtert den heutigen Standpunkt der Frage und kommt zu dem Schlusse, dass genügende klinische Beobachtungen und pathologisch-anatomische Untersuchungen fehlen, hofft aber, dass selbe die Frage früher oder später klären werden.

v. Navratil.

d) 25. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

Washington, 12.—14. Mai 1903.

Erster Sitzungstag. 12. Mai.

Die Versammlung wird mit einer Ansprache des Präsidenteu Dr. Joseph H. Bryan (Washington) eröffnet. Er giebt einen Rückblick auf die Geschichte dieser Versammlungen in den verflossenen 25 Jahren und auf die Entwicklung der Laryngologie während dieser Zeit. Bei der ersten Versammlung im Jahre 1878 zu Buffalo zeigte die Mitgliederliste nur 21 Namen; der damalige Präsident war Dr. Elsberg. Redner erwähnt dann den ersten Versuch einer Localbehandlung des Larynx durch Horace Green (1838), sowie die erste Anwendung des Kehlkopfspiegels und seine Einführung in Amerika im Jahre 1860, die Eröffnung der ersten öffentlichen Klinik im Jahre 1863, die Gründung der New-Yorker Laryngologischen Gesellschaft 1873. Er würdigt dann die Verdienste von Franklyn H. Hooper, O'Dwyer, Asch, Jonathan Wright etc. und schliesst mit der Angabe, dass die gegenwärtige Zahl der Mitglieder 75 beträgt.

Arthur H. Bliss (Philadelphia) spricht über einige mit X-Strahlen behandelte Fälle von Krebs. Er berichtet über zwei Fälle: In dem einen war Siebbein und Keilbein, beide Augenhöhlen und Augenlider von der Geschwulst befallen. Die histologische Untersuchung ergab, dass es sich um Carcinom handelte. Eine Operation war bereits gemacht worden, die in Entfernung des rechten Auges und Ausräumung der Ethmoidal- und Frontalregion auf der rechten Seite bestanden hatte. Die X-Strahlenbehandlung kam erst spät zur Anwendung; es wurden dreimal wöchentlich Sitzungen von je 5 Minuten Dauer gemacht. Im zweiten Fall hatte 20 Jahre früher eine syphilitische Infection stattgefunden; die Geschwulst betraf die Zunge, die Lymphdrüsen des Halses waren ergriffen und der Mundboden infiltrirt. Jodkali hatte keinen Einfluss. Eine histologische Untersuchung hatte nicht stattgefunden, klinisch war die Erkrankung jedoch sicher als carcinomatös anzusprechen. Die Behandlung wurde ebenso gehandhabt, wie im ersten Fall. Es war anfangs eine leichte Besserung zu verzeichnen, das Wachsthum der Geschwulst an der Peripherie war weniger schnell und die Schmerzen liessen etwas nach; ein eigentlicher Effect auf den Tumor blieb jedoch aus. Redner glaubt, dass keine dauernde Besserung von dieser Behandlung zu erhoffen sei, doch habe die X-Strahlen-Therapie unzweifelhaften Nutzen bei oberflächlich sitzenden Veränderungen, wie Lupus. Jedenfalls soll, wo eine radicale operative Behandlung noch möglich sei, diese nicht in Hoffnung auf den Erfolg jener Therapie hintenan gesetzt und damit vielleicht der für eine erfolgreiche Operation günstige Zeitpunkt versäumt werden.

Delavan (New-York) stimmt mit den negativen Ergebnissen des Vorredners überein; er ist auch heute der bereits vor einem Jahre geäusserten Ansicht, dass es keinen authentischen, mit permanentem guten Resultat mit X-Strahlen behandelten Fall von tief sitzender Geschwulst gäbe. In einem aus New-Orleans berichteten Fall vermisst er die pathologische Untersuchung; die angegebenen Symptome waren nicht typisch für Carcinom, sprachen vielmehr eher für Syphilis:

es war vor Einleitung der Radio-Therapie ausgiebig Jodkali gegeben worden und es konnte sich sehr wohl um eine Wirkung dieser Medication handeln. Man kann die X-Strahlen-Therapie in den Frühstadien der Geschwülste anwenden, darf mit dieser Behandlung, wenn sie nicht erfolgreich ist, aber nicht zu lange fortfahren, um die Operation nicht unmöglich zu machen.

Gleitsmann (New-York), Swain (New-Haven), Coolidge (Boston), Birkett (Montreal), Simpson (New-York) bestätigen nach ihren Erfahrungen die negativen Ergebnisse dieser Behandlung.

Bliss plaidirt in seinem Schlusswort für eine vorsichtige Fortsetzung der Versuche, um noch Genaueres über die Wirkung der Strahlen auf die Gewebe zu erkunden.

Braden Kyle (Philadelphia): Einige weitere Untersuchungen über die chemische Pathologie des Speichels.

Normaler Speichel enthält Sulphocyanide und Ammonium-Salze in ungefähr gleichem Verhältniss. Bei Hyperacidität überwiegen die Sulphocyanide und der Speichel ist weniger reizend; bei Hypoacidität sind die Ammoniumsalze im Uebermaasse vorhanden und das Secret ist stark reizend, wie Redner annimmt, infolge von Freiwerden von NH_3. Redner führt zur Illustration dieser Thatsachen einen Fall an, in dem langdauernder Husten mit Schwellung und Congestion der Schleimhaut bestand und in dem in Folge Behandlung der Verdauungs- und Speichelsecretionsstörung rasch Heilung eintrat. Auf demselben Wege ging er auch mit gutem Erfolg bei einigen Fällen von Heufieber vor. In manchen Fällen dieser Krankheit beruht nach seiner Ansicht die Wirkung der Pollen in einer chemischen Reaction, die sie mit dem Secrect der Nasenschleimhaut eingehen. Redner lenkt auf folgende Möglichkeiten die Aufmerksamkeit: 1. Individuen, bei denen ein chemisch verändertes Secret auf die Oberfläche der Schleimhaut abgesondert wird und auf sie als Irritans wirkt. 2. Fälle, in denen ein an und für sich nicht reizendes Secret abgeschieden wird, das aber im Contact mit der Luft irritirende Substanzen hervorbringt oder in Freiheit setzt. 3. Fälle, in denen ein nicht reizendes Secret durch Combination mit von aussen kommenden Stoffen zur Entstehung von Irritantien Anlass giebt.

James E. Logan (Kansas City): Adenoide Vegetationen mit besonderer Berücksichtigung ihres Vorkommens bei Erwachsenen.

L. glaubt, dass die Vernachlässigung von Nasenrachenwucherungen beim Erwachsenen der Grund ist für die häufig erfolglose Behandlung hartnäckiger Erkrankungen des Mittelohres und der oberen Luftwege. Nach seiner Erfahrung sind adenoide Wucherungen bei Erwachsenen durchaus nicht so selten. Er theilt einen Fall mit, in dem complete Taubheit bestand (die Knochenleitung war intact); die Untersuchung ergab, dass der ganze Nasenrachen von Wucherungen angefüllt war und dass beide Nasenhöhlen von stark hypertrophischen Muscheln verlegt waren. Nach Ausräumung des Nasopharynx und Entfernung der Muscheln wurde das Gehör völlig wiederhergestellt. Redner wendet sich dann der Frage zu, ob einmal vorhandene adenoide Wucherungen sich selbst überlassen zur Atro-

phie neigen und kommt zu dem Ergebnisse, dass dies nicht der Fall ist, besonders, wenn während ihres Vorhandenseins eine der acuten Infectionskrankheiten aufgetreten war. Von 65 Fällen seiner Beobachtung im Alter von 25—52 Jahren waren 35 männliche und 30 weibliche; bei 54 bestand gleichzeitig Rhinits hyperplastica, bei 47 Mittelohrerkrankungen und 22 progressive Taubheit. Von diesen letzteren wurden 50 pCt. erheblich durch Entfernung der A.-V. gebessert.

Clarence C. Rice (New York): Wie soll bei kleinen Kindern die Diagnose auf adenoide Wucherungen gestellt werden, wenn die Postrhinoskopie unmöglich ist?

Redner sagt, dass bei Kindern unter 7 Jahren die postrhinoskopische Untersuchung gewöhnlich unmöglich ist. Meist kann die Diagnose per exclusionem gestellt werden. Er unterscheidet die Fälle, in denen nur zeitweilig Behinderung der Nasenathmung vorhanden ist und bei denen es sich um Wucherungen mässigen Grades handelt, von denen mit ständiger Nasenverstopfung und Mundathmung, wo grosse Wucherungen vorhanden sind. In 90—95pCt. der Fälle sind geringe Wucherungen vorhanden und da, wo in diesen Fällen eine Spiegeluntersuchung nicht möglich ist, räth Redner, zur Diagnose einer Curette sich zu bedienen, mit der, wenn sich das Vorhandensein von Adenoiden ergiebt, auch gleich die Ausräumung des Nasenrachens ohne Anästhesie vollzogen werden kann. Er zieht diese Curette dem Gebrauch des Fingers vor und sieht einen Vortheil darin, dass Untersuchung und Operation in einer Zeit gemacht werden.

Farlow (Boston) verwirft den Gebrauch der Curette für die Untersuchung als gefährlich und schmerzhaft. Er macht darauf aufmerksam, dass man oft die adenoiden Vegetationen bei der Rhinoskopia anterior — besonders nach Anwendung von Cocain oder Adrenalin oder beiden — diagnosticiren kann.

Denaval (New York) spricht sich gleichfalls gegen die Curette aus.

Mackenzie (Baltimore) zieht den curettenartigen Instrumenten die Zangen vor und verwirft den Gebrauch von Cocain bei Kindern.

Gleitsmann (New York) sieht keinen Grund ein gegen die Anwendung des Fingers. Er perhorrescirt jeden operativen Eingriff beim Kind ohne Anästhesie.

Mayer (New York) lenkt die Aufmerksamkeit auf kleine Lymphfollikel an der hinteren Rachenwand — ähnlich der Pharyngitis granulosa der Erwachsenen — die für die Diagnose der adenoiden Wucherungen verwendbar seien, da sie bei Kindern für diese pathognomonisch seien.

Swain (New-Haven) ist der Ansicht, dass in den meisten Fällen weder Finger noch Curette für die Diagnose nöthig seien; sondern dass diese gestellt werden könne durch das Vorhandensein der Lymphfollikel an der hinteren Pharynxwand und durch die Rhinoskopia anterior mit Hülfe von Cocain. Mit Dr. Logan stimmt er bezüglich des häufigen Vorkommens der Nasenrachenwucherungen bei Erwachsenen überein, betont die Wichtigkeit ihrer Entfernung und theilt Fälle von Taubheit, die auf diese Weise geheilt worden sind, mit.

Myles (New York) sagt, dass in den meisten Fällen geringe adenoide

Wucherungen in der Rosenmüller'schen Grube vorhanden sind. Er betont ferner, dass, wo Wucherungen vorhanden sind, sie nach dem 20. bis 25. Jahre nicht mehr atrophiren. Sie thun dies nur während der Pubertät oder bald danach. Er räth, stets nur mit Anästhesie zu operiren und äussert sich sehr abfällig über das Operiren en gros ohne Anästhesie in manchen Kliniken.

Gleitsmann (New York) macht auf die Möglichkeit aufmerksam, mit der Curette den Atlas zu verletzen.

Newcomb (New York) erwähnt, dass bisweilen der Atlas so prominent ist, dass dadurch die Einführung der Curette unmöglich wird. Er macht die Diagnose nicht mit dem Finger.

Logan macht darauf aufmerksam, dass es von Wichtigkeit ist, vor der Operation festzustellen, wie hoch das Rachengewölbe ist und wie gross die zu entfernenden Wucherungen sind.

Rice sagt, dass man zwar in Fällen von grossen Wucherungen zur gründlichen Operation der Anästhesie nicht wird entrathen können, dass aber bei kleinen er den vorsichtigen Gebrauch der Curette und sofortige Operation ohne Anästhesie nur empfehlen kann.

John W. Farlow (Boston): Einige Fälle von Gesichtserysipel in Folge von Erosionen an der Nasenscheidewand.

In vielen Fällen von habituellem Gesichtserysipel kann man die Eintrittspforte für die Infection bei einer gründlichen Untersuchung der Nase, besonders am Septum, finden. Er theilt Fälle mit, in denen die Entstehung der häufigen Erysipele auf eine Erosion am Septum zurückgeführt werden konnte und in denen gründliche Reinigung und antiseptische Behandlung der Nase gute Resultate gab.

Zweiter Sitzungstag 13. Mai.

Henry L. Swain (New-Haven): Das Gaumengewölbe.

Redner giebt zunächst einen Ueberblick über die gewöhnlich zur Erklärung des hohen Gaumens vorgebrachten Theorien; er macht auf das Vorkommen des hohen Gaumens bei Kindern ohne Behinderung der Nasenathmung aufmerksam und vice versa; er erwähnt die Untersuchungen von Grossheintz über Beziehung der Schädelform zum Gaumengewölbe, die er an skelettirten Schädeln angestellt hat und die über denselben Gegenstand von Alkan an Lebenden gemachten Messungen. Bei Untersuchungen von Kindern mit und ohne adenoide Wucherungen ergiebt sich, dass bei ersteren das Gaumengewölbe höher geformt ist als bei letzteren. Redner erwähnt dann die fehlerhafte Stellung der Zähne bei dieser Form des Gaumes. Swain hat gefunden, dass bei Flachkopf-Indianern, die durch einen auf den Scheitel ausgeübten Druck die Köpfe ihrer Kinder abflachen, das Gaumengewölbe sehr niedrig ist, obwohl eine Veränderung am Septum nicht vorhanden ist, ein Beweis, dass Einflüsse von aussen, die eine Veränderung der Schädelform zur Folge haben, auch auf das Gaumengewölbe wirken. Er ist zu der Einsicht gelangt, dass nicht ein Umstand, sondern ein Zusammen-

wirken von vielen solchen die Form des Gaumengewölbes bestimmt. Die Nase ist in diesen Fällen gewöhnlich ein nicht functionirendes Organ. Bei Neugeborenen liegt das Niveau des Gaumens höher als die Tuba Eustachii, in der Pubertät niedriger, der Gaumen ist also nach unten gerückt, von der Schädelbasis fort, was dem nach unten gerichteten Wachsthum des Oberkiefers, der Nasenscheidewand und des Processus pterygoideus entspricht. In Folge unvollkommener oder aufgehobener functioneller Thätigkeit der Nase als Athmungsorgan kann nun in jenem Wachsthum ein Stillstand eintreten und vielleicht weil die Nasenverstopfung die Durchlüftung der Kieferhöhlen verhindert, bewirkt der Luftmangel Entwickelungsstillstand oder Atrophie.

Redner stellt zum Schluss folgende Sätze auf: 1. Künstliche auf den Schädel deformirend wirkende Einflüsse können die Form des Gaumens verändern. 2. Wenn solche Einflüsse auf den Schädel und Gaumen wirken, so passt sich das Septum von selbst den veränderten Bedingungen an. 3. Wenn der Oberkiefer ermangelt, nach unten zu wachsen, so resultirt eine Septumverbiegung. 4. Die Wichtigkeit der mangelnden Lüftung der Oberkieferhöhlen in Folge Nasenverstopfung. 5. Die Wichtigkeit der möglichst langen Erhaltung der Milchzähne.

Delavan (New York) macht ebenfalls auf die Bedeutung aufmerksam, die der Fürsorge für die Zähne und für die Nasenathmung bei jedem Kinde zukommt.

Brown (Toronto) sagt, dass bei sehr vielen Schädeln, die er untersucht hat, er nur 50pCt. normal oder annähernd normal gefunden hat.

Mayer (New York) sucht den Grund dafür, dass die Zähne auf die Form des Gaumens grossen Einfluss haben, in ihrem Gewicht. Die Kieferränder sind nämlich die schwersten Theile und wenn dazu noch das Gewicht der Zähne hinzukommt, so bildet dieses combinirte Gewicht zumeist einen wichtigen Factor für die Gestaltung des Gaumens.

Makuen (Philadelphia) betont die grosse Bedeutung der Nasenathmung und erinnert an die von einigen Autoren gemachte Beobachtung, dass 70pCt. aller Menschen Nachts durch den Mund athmen, auch wenn keine Nasenverstopfung besteht.

Simpson (New York) fragt Swain an, ob er irgend welchen Einfluss des Saugens oder der Gewohnheit, an einem Gummipfropfen zu lutschen, auf die Gaumenbildung bemerkt hat. Auch er legt der Mundathmung grosse Bedeutung bei. Das Athmen durch den Mund bei Nacht, wenn keine Nasenverstopfung vorliegt, führt er auf die Rückenlage zurück.

King (New-Orleans) hat bemerkt, dass beim Neger adenoide Vegetationen und hoher Gaumen nicht so häufig sind, wie beim Weissen, und wenn erstere vorhanden sind, findet man die Missbildung des Gaumens selten. Er erklärt das so, dass beim Neger in der Regel der Nasenrachenraum weiter ist und daher die adenoiden Vegetationen keine so ausgesprochenen Obstructionserscheinungen machen.

Swain erwidert, dass er keinen Einfluss des Saugens auf die Gaumenbildung constatirt hat. Was den Neger betreffe, so glaubt er, dass die guten Zähne, die sie gewöhnlich haben, dazu beitragen, dass der Gaumen normal wird.

Hudson Makuen (Philadelphia): Erworbene narbige Missbildungen in den oberen Luftwegen, die auf andere Ursachen als Syphilis und Trauma zurückzuführen sind.

Redner hat über diese Veränderungen bei 300 Laryngologen eine Rundfrage veranstaltet und hat über 447 Fälle Bericht erhalten, von denen jedoch nur bei 167 die Ursache mit Sicherheit angegeben war. Von diesen war die Aetiologie in 16 pCt. Diphtherie, in 8 pCt. Scharlach, in 3 pCt. Lupus, in 1,6 pCt. Tuberculose, in 1,5 pCt. Combination von Scharlach und Diphtherie, in 1,1 pCt. Typhus, in 0,5 pCt. Masern. M. berichtet über zwei Fälle eigener Beobachtung.

Farlow (Boston) hat niemals einen Fall gesehen, in dem ausgedehntere Verwachsungen die Folge von Diphtherie waren. Er glaubt, dass die Anamnese in manchen dieser Fälle im Stich lässt und dass die eigentliche Ursache Syphilis war.

Mayer (New York): Die Fälle entstammen alle dieser Gegend; die in Frage stehenden Veränderungen kommen z. B. häufig in Folge von Typhus vor, dieser ist aber hier selten, während er in anderen Gegenden häufiger ist.

Theisen (Albany) berichtet über zwei Fälle von narbiger Kehlkopfstrictur, der eine nach Typhus, der andere nach schwerer Influenza.

Brown (Toronto) berichtet über einen Fall tuberculösen Ursprungs.

George B. Wood (Philadelphia) demonstrirt als Einleitung zum folgenden Vortrag auf Einladung des Vorstandes seine sehr schön ausgeführten Durchschnitte durch den Schädel eines 6 monatlichen Kindes, an denen Lage und Grösse der Nebenhöhlen in diesem Alter deutlich gemacht werden.

Luc (Paris): Verbesserungen in der Radicalbehandlung der chronischen Nebenhöhleneiterungen der Nase.

I. Oberkieferhöhle. Zunächst ist streng daran fest zu halten, dass radicale Behandlung nur bei chronischen Eiterungen Platz zu greifen hat. Zwischen zwei Klassen von Fällen ist zu unterscheiden: die eigentliche sogenannte Sinusitis mit primärer Infection der Nebenhöhlenschleimhaut und zweitens die Fälle, in denen der Eiter nicht aus der Höhle selbst kommt, sondern sich nur in ihr ansammelt, seinen Ursprung aber eigentlich in einem Stirn- oder Zahnabscess hat. In diesen letzteren Fällen führt das Ausspülen der Höhle in Verbindung mit Behandlung der Eiterquellen zum Ziele. In den Fällen eigentlicher Kieferhöhleneiterung soll man zuerst versuchen, zu punktiren und auszuspülen und, erst wenn dies ohne Erfolg bleibt, soll zur Operation geschritten werden. Für diese empfiehlt Luc ausgedehnte Knochenresection, zunächst der vorderen Wand, und Anlegung einer temporären Oeffnung in die Mundhöhle, sodann Resection der lateralen Wand mit permanent bleibender Oeffnung in die Nase. Letzteres schliesst die Abtragung des grösseren Theils der unteren und mittleren Muschel ein.

II. Stirnhöhle. Die Ogston-Luc'sche Operation hat darum oft bei grossen Höhlen mässige Resultate gegeben, weil die nasale Drainöffnung sich verschliesst, bevor die Höhle noch ausgeheilt ist. Dieser Uebelstand hat Manche veranlasst, zu der alten Methode der offenen Wundbehandlung zurückzukehren oder

die Kuhnt'sche Operation der Resection der ganzen vorderen Wand auszuführen und die bei dieser unvermeidliche grosse Deformität mit in Kauf zu nehmen. Luc bedient sich jetzt der Killian'schen Methode, die als Combination der Ogston-Luc'schen mit der von Kuhnt und Jansen anzusehen ist: nach Ogston-Luc wird die Wunde sogleich geschlossen und nach der Nase durchdrainirt; nach Jansen in den Boden der Höhle eine Oeffnung gemacht; nach Kuhnt ein Theil der vorderen Wand resecirt, jedoch wird dabei eine knöcherne Spange zwischen den beiden Oeffnungen erhalten, wodurch die Entstellung nicht so gross wird, ferner wird die untere Oeffnung auf den Nasenfortsatz des Oberkiefers ausgedehnt und so ein Zugang zu den Siebbeinzellen geschaffen. Luc empfiehlt die Killian-sche Methode mehr für weite, die Ogston-Luc'sche für kleine Höhlen.

III. Siebbeinzellen. Diese sind gewöhnlich nicht allein befallen, sondern in Verbindung mit Oberkiefer- und Stirnhöhlenempyem. Man kann sie von der Nase her in Angriff nehmen oder im Anschluss an eine Antrum- oder Stirnhöhlen-operation. Von der Nase her ist es unmöglich, das Siebbeinlabyrinth ganz zu zerstören, indem die vorderen Zellen nur nach Anlegung einer Oeffnung von aussen her erreicht werden können. Doch kann man zum Theil intranasal operiren und dies eventuell als vorbereitenden Schritt für weitere Eingriffe betrachten. Luc hat alle Nasencuretten als zu klein und schwach aufgegeben und bedient sich nur einer besonderen Art von Zange, die stark gebaut und dabei geeignet ist, leicht in den mittleren Nasengang eingeführt zu werden. Als Vorbereitung für die intranasale Operation muss alles polypoide Gewebe im mittleren Nasengang zuerst entfernt werden; dann muss die mittlere Muschel abgetragen werden; dann erst können mit der Zange die Siebbeinzellen in Angriff genommen werden. Als Operation von aussen her kommt die Killian'sche oder Caldwell-Luc'sche in Betracht. In einem Falle von intranasaler Operation kam er in die Keilbeinhöhle, was aber keinen Nachtheil hatte, so dass er seitdem bei Keilbeinempyem oft so operirte.

IV. Keilbeinhöhle. Man kann intranasal oder von aussen durch den Sinus maxillaris operiren, ersteres nur, wenn die Keilbeinhöhle allein erkrankt und die Nasenhöhle weit ist oder weit genug gemacht werden kann; letzteres, wenn auch die Oberkieferhöhle erkrankt ist oder die Nase nicht genügend Raum zum Operiren bietet. Sind nur die mittlere Muschel und die Siebbeinzellen im Wege, so können sie weggeräumt werden und man kann auf diese Weise Zugang zur Keilbeinhöhle erhalten, wie es bei Besprechung des Siebbeinempyems erwähnt wurde. Es ist wichtig, dass ein grosser Theil der vorderen Keilbeinhöhlenwand entfernt wird.

Robert C. Myles (New York): Krankheiten der Keilbeinhöhle und ihre Behandlung.

Redner demonstrirt zuerst einige Instrumente zur Operation für Siebbein und Keilbein. Er lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf die verschiedenen Unregelmässigkeiten und Anomalieen in Bezug auf Grösse und Lage der Keilbeinhöhle. Er zeigt ein Präparat, in dem die Arteria spheno-palatina und die Carotis interna injicirt sind, an dem man sieht, dass die erstere durch das Operationsfeld ver-

läuft, während die letztere der sehr dünnen inneren Sinuswand ganz nahe liegt. M. sagt, dass nach seinen Erfahrungen die Keilbeinhöhlenerkrankungen weit häufiger sind, als man gewöhnlich glaubt. Die Fortnahme des hinteren Endes der mittleren Muschel räth er, wenn nöthig, zu diagnostischen Zwecken auszuführen. Wenn die Diagnose sicher gestellt ist, soll eine ungefähr 10—15 mm im Durchmesser habende Oeffnung in der vorderen Wand dicht am Septum angelegt werden. Redner berichtet über mehrere Fälle. In einem traten heftige secundäre Blutungen neun und fünfzehn Tage nach der Operation auf; nach diesem Fall machte M. es sich zur Regel, die Patienten drei Wochen nach der Operation unter Aufsicht zu halten.

Walter J. Freeman (Philadelphia): Beobachtungen über die Diagnose von Nasennebenhöhlenerkrankungen.

Redner betont, wie häufig die Durchleuchtung der Höhlen im Stich lässt. Er hat bemerkt, dass, wenn nur ein Antrum erkrankt ist, es sich gewöhnlich um das der engeren oder verstopften Nasenhöhle entsprechende handelt. Hinsichtlich des Stirnhöhlenempyems hat den grössten diagnostischen Werth das Erscheinen von Eiter im oberen Winkel des Vestibulum naris; bei Antrumempyem ist das häufigste und sicherste Zeichen, wenn Eiter über die Oberfläche des hinteren Endes der unteren Muschel fliesst. Auch die zeitweise auftretende Kakosmie ist als Symptom zu verwerthen; auf Erkrankung eines Molar- oder Bicuspidalzahns ist genau zu achten. Redner behauptet, in den meisten Fällen das Antrum von der natürlichen Oeffnung aus ausspülen zu können und demonstrirt eine dünne Hartgummicanule für diesen Zweck. Die Erkrankung des Siebbeins hält er nicht für sehr häufig. Die definitive Diagnose eines Keilbeinempyems lässt sich ausser auf dem Wege per exclusionem mit Sicherheit nur durch eine Operation genau stellen.

Bryan (Washington) zeigt als Beispiel für die häufigen Anomalien ein Präparat, in welchem die Keilbeinhöhle sehr gross ist und sich weit nach unten in den Processus pterygoideus hinein erstreckt. Er spricht sich auch gegen die Operation des Keilbeinempyems vom Antrum her aus.

Mayer (New-York) hält es für sehr selten, dass man im Stande ist, das Antrum von der natürlichen Oeffnung her auszuspülen; meist wird man zur Punction schreiten müssen. Er hält den Weg durch die Oberkieferhöhle für den besten zur Keilbeinoperation; diese Methode betrachtet er als die Operation der Zukunft.

Harris (New-York) empfiehlt aufs Wärmste die Killian'sche Operation gegenüber der Ogston-Luc'schen.

King (New-Orleans) hält die Caldwin-Luc'sche Operation bei Stirnhöhlenempyem für die beste; nur kommt es bisweilen vor, dass in Folge vorzeitigen Verschlusses der Oeffnung nach der Nase zu Recidiv eintritt. Gegen die Kuhnt'sche Operation ist die grosse nach ihr resultirende Deformität einzuwenden. Er erwähnt ferner, dass nach Caldwin-Luc'scher Operation oft heftige Neuralgieen auftreten und erwähnt seine mit gutem Resultat nach einer combinirten Kuhnt-Luc'schen Methode operirten Fälle.

Gleitsmann (New-York) berichtet im Anschluss an den Fall von Myles gleichfalls über eine secundäre Hämorrhagie; er bedient sich zum Abweichen des

Verbandes flüssiger Vaseline und glaubt, dass dadurch die Gefahr der Blutung herabgesetzt wird.

Bryan (Washington) fragt Luc, ob er gefunden hat, dass die zwischen Antrum und Keilbeinhöhle gemachte Oeffnung Tendenz hat, sich zu schliessen.

Luc hat nicht besonders darauf geachtet, glaubt aber nicht, dass es der Fall ist. Was das Stirnhöhlenempyem betrifft, so ist das Ziel der Operation eigentlich, die Höhle zur Obliteration zu bringen und oft hat man nur die Wahl zwischen diesem Erfolg und, wie z. B. bei der Killian'schen oder Kuhnt'schen Operation, einer grossen Entstellung. Wenn aber nöthig, müssen wir das Letztere wählen. Er sagt, dass das Hineinwachsen des orbitalen Fettgewebes durch die Wunde in den Boden der Höhle (Orbitaldach) dazu beiträgt, die Höhle zu obliteriren und die Deformität herabzumindern. Die Abflussöffnung nach der Nase muss so breit sein, dass man von der Nase aus mit dem Finger nach oben in die Höhle gelangen kann. Er hat nicht, wie Dr. King, Fälle von Neuralgie gesehen, dagegen aber einen schmalen anästhetischen Bezirk nach der Operation gefunden.

Walter F. Chappell (New-York): Vollständige Entfernung der linken Stimmlippe wegen bösartiger Erkrankung; Vorstellung des Patienten.

Pat. kam Januar 1901 in Behandlung mit einer kleinen rothen Geschwulst am vorderen Ende des linken Stimmbandes und Infiltration. Im October 1901 wurde die Thyreotomie gemacht, das linke Stimmband exstirpirt und desgleichen das benachbarte infiltrirte Gewebe. Bis heute ist kein Recidiv eingetreten.

Emil Mayer (New-York): Perichondritis des Kehlkopfes nach Typhus mit Bericht über einen Fall.

Posttyphöse Perichondritis des Larynx scheint in Deutschland und auf dem Continent überhaupt häufiger zu sein; weniger häufig in Grossbritannien und verhältnissmässig selten in Amerika. In zwei Jahren sind hier 8 solche Fälle berichtet worden. Mayer selbst berichtet über eine 28jähr. Frau, bei der nach Typhus so hochgradige Stenose auftrat, dass unverzüglich zur Tracheotomie geschritten werden musste. Später wurde mit Schrötter'schen Tuben dilatirt und dann unter Chloroformnarkose intubirt. Die Tube wurde 6 Wochen lang getragen; nachdem sie entfernt war, athmete Pat. eine Woche lang gut, dann trat wieder Dyspnoe ein. Die Intubation wurde nun unter Cocainanästhesie wiederholt und Pat. trägt die Tube noch. Nach 3 Monaten hofft M., sie definitiv entfernen zu können.

Delavan (New-York) betrachtet den Fall als einen seltenen; in 94 pCt. verlaufen sie fatal. Er glaubt, dass nach der allgemeinen Ansicht die Dilatation nicht empfehlenswerth ist und dass die Anwendung der O'Dwyer'schen Tuben die einzig rationelle Behandlung ist. Er betont, wie wichtig es ist, beim Typhus für gründliche Reinigung der oberen Luftwege zu sorgen; nur so kann man versuchen, dem Eintreten von laryngealen Complicationen vorzubeugen.

Simpson (New-York) räth, die Tuben in Aethernarkose einzuführen; man

kann so weitere Tuben anwenden und kann wahrscheinlich die O'Dwyer'sche Tube gebrauchen, ohne die Schrötter'sche versuchen zu müssen.

Swain (New-Haven) berichtet über einen Fall, der vor dem Gebrauch der Intubation zur Beobachtung kam und in dem eine doppelseitige Abductorlähmung vorhanden war. Der Pat. starb und bei der Autopsie fand man den ganzen Ringknorpel nekrotisch.

William W. Simpson (New York): a) Frühzeitiges Auftreten von Stimmbandlähmung in einem Fall von Mediastinaltumor.

Der Fall wurde mehrere Monat lang beobachtet, es bestand allmälig zunehmende Lähmung der Stimmbänder, Aphonie, Husten und schliesslich trat Exitus ein. Bei der Autopsie fand man grosse Krebsmassen das hintere Mediastinum völlig ausfüllend: Carcinom der linken Lunge; krebsige Entartung der retroperitonealen Drüsen. Es handelte sich in diesem Fall um die seltenste Lähmung im Kehlkopf, nämlich totale doppelseitige Stimmbandlähmung. Redner betont, dass diese Kehlkopflähmungen oft allen anderen objectiven Symptomen vorausgehen und dass der Fall zeigt, wie schwer überhaupt eine exacte Diagnose solcher Tumoren ist, auch wenn nachher die Autopsie ergiebt, dass sie sehr gross waren.

b) Ein Fall von Nasenrachensarcom.

Pat. war ein 27jähriger Mann. Der Tumor füllte den Nasenrachen fast völlig aus, blutete leicht und hatte das Aussehen gewöhnlichen adenoiden Gewebes. Die einzigen Symptome bestanden zunächst in Nasenverstopfung und Erscheinungen von Seiten des einen Ohres. Als Pat. später an heftigen Blutungen litt, liess er sich operiren. Im Januar 1903 wurde der Tumor unter Cocain und Adrenalin mit der Curette entfernt. Die Blutung bei der Operation war unbeträchtlich. Bis heute ist kein Recidiv eingetreten; das Allgemeinbefinden ist gebessert.

Theisen (Albany) hat einen Kranken mit Abductorlähmung und Dyspnoe in Behandlung gehabt, bei dem er zur Erleichterung der Athembeschwerden die Tracheotomie machen musste. Mittels der Röntgendurchleuchtung und auf Grund anderer Symptome wurde die Diagnose auf Aneurysma gestellt. Bei der Autopsie fand sich eine grosse Drüsenmasse, die von hinten her auf die Trachea drückte, und in der der Recurrens und Vagus eingeschlossen waren.

J. Price Brown (Toronto): Bemerkungen über Nasensarcom; mit Demonstration von pathologischen und mikroskopischen Präparaten.

Er berichtet über Fälle, die seit 1 und $1^1/_2$ bis 8 Jahren recidivfrei sind. Er empfiehlt, diese Geschwülste mit der Schlinge zu entfernen, wenn sie gestielt sind, andernfalls mit kalter oder warmer Schlinge, Zange und Scheere sie stückweise in mehreren Sitzungen abzutragen. In allen diesen Fällen muss man sich auf starke Blutungen gefasst machen, die sich jedoch stets mit Adrenalin beherrschen lassen. Secundäre Blutungen hat er nicht gehabt. Nur frühzeitige Diagnose garantirt den Erfolg der intranasalen Operation und das Nichtauftreten von Recidiven.

Bryan Delavan (New York): Bemerkungen über die Behandlung des Nasenrachenfibroms.

Redner weist darauf hin, wie gross die Sterblichkeit nach der von den älteren Chirurgen geübten Methode war und zeigt an einer langen Reihe von Fällen die Superiorität der Operation per vias naturales. Die Mortalität nach solchen vorbereitenden Operationen wie Resectionen des Oberkiefers, der Nase und dergleichen ist sehr hoch, während Entfernung der Geschwulst auf dem natürlichen Wege durch Evulsion, mit der kalten Schlinge, auf electrolytischem Wege, mit der galvanokaustischen Schlinge oder Electrolyse in Verbindung mit der Schlinge, ausgezeichnete Resultate gab. Er betont auch die Unzuverlässigkeit der von verschiedenen Hospitälern in Hinsicht auf diese Fälle publicirten Berichte und behauptet, dass die Krankengeschichten der Royal Infirmary in Edinburg die einzigen gewesen seien, die ihm bei seiner Zusammenstellung von einigem Werth gewesen sein.

Gordon King (New Orleans): Eine Methode zur schnellen Exstirpation der Nasenrachenfibrome mit Bericht von Fällen.

Redner spricht von drei besonderen Schwierigkeiten beim Operiren: 1. An den Tumor heranzukommen; 2. Blutung während der Operation; 3. Pneumonie. Er macht digitale Untersuchung. Ist die Geschwulst gestielt, so ist die Operation einfach; man bedarf zu ihrer Entfernung nur der Schlinge. Sitzt die Geschwulst breitbasig auf, so operirt er mit dem Finger im Nasenrachen als Führer, führt eine lange, starke Scheere durch die Nase in den Nasenrachenraum und entfernt die Geschwulstmasse mit dieser. Die bei der Operation oft recht heftig auftretende Blutung lässt sich stets durch Compression stillen und wiederholt sich, wenn einmal gestillt, nicht wieder. Er räth, die Tracheotomie vorauszuschicken. Einige Fälle zur Illustration des Vorgetragenen werden berichtet.

John O. Roe (Rochester): Die Beseitigung einer narbigen Zusammenziehung oder Verstopfung der Nase durch subcutane plastische Methode.

Redner demonstrirt die Operationsmethode an Tafeln und zeigt verschiedene Instrumente. Er sagt, dass solche narbige Atresien der vorderen Nasenöffnung häufig in Folge von Geschwüren nach acuten entzündlichen Processen, Syphilis, Lupus, Pocken etc. entstehen. Innerlich sind sie gewöhnlich zurückzuführen auf acute Entzündungen oder Geschwüre oder häufig auch die Folge von intranasalen Eingriffen. Um letzteres zu vermeiden, hüte man sich, zwei gegenüberliegende Wundflächen zu schaffen. Die bisher gebräuchlichen Methoden haben dem Redner nur unbefriedigende Resultate geliefert. Bei Atresie der vorderen Nasenöffnung macht R. eine halbmondförmige Incision, löst die Haut ab und lässt sie an einem Ende als einen langen Lappen stehen. Nachdem er dann die Narbenmasse im Nasenlochwinkel excidirt hat, benutzt er den Lappen, um die so gesetzte Wundfläche zu decken.

Peyre Porcher (Charleston): a) Facialisneuralgie als Folge von Nasen- und Antrumerkrankungen.

Redner glaubt, dass in sehr vielen Fällen die Facialisneuralgie eine Reflexneurose in Folge von Druck oder Entzündung in der Nase oder Antrum aufzufassen ist. Man sollte jedenfalls erst nach einer solchen Ursache suchen, bevor man sich zu ausgedehnten Operationen an den Nervenstämmen entschliesst. P. führt mehrere solche Fälle an, in denen Operationen in der Nase oder im Antrum die Neuralgie völlig beseitigte.

b) Tracheotomie wegen Fremdkörper.

Der Fremdkörper war eine schmale, grüne Kiefernadel. Nach vergeblichen Versuchen, sie per vias naturales zu extrahiren, wurde die Tracheotomie gemacht, worauf die Extraction leicht gelang. Das Kind trug die Canüle 3 Wochen. Heilung.

Roe (Rochester) erwähnt einen Fall, in dem eine Neuralgie nach Entfernung einer Septumleiste verschwand. In einem anderen Fall war durch einen Schlag in's Gesicht eine Wunde entstanden mit Verletzung der Highmorshöhle; nach Heilung der Wunde blieb eine Facialisneuralgie bestehen. Diese verschwand, nachdem ein Knochensplitter, den man in der Höhle gefunden hatte, entfernt worden war.

Von folgenden Mittheilungen wurden nur der Titel verlesen:

Cornelius C. Coakley (New York): Knochencyste des Antrum; Bericht über einen Fall.

E. Fletcher Ingals (Chicago): Entfernung der Nasenrachentumoren; Bericht über einen Fall; ein neues Instrument für diese Operation.

Charles W. Richardson (Washington): Ein Fall von Gangrän der Tonsille.

J. Payson Clark (Boston): Nasenpolypen. Eine Studie über 145 Fälle.

James E. Newcomb (New York): Congenitaler Kehlkopfstridor.

Alexander W. Maclay (Philadelphia): Gewisse acute Entzündungen der Zungenbasis.

William C. Glasgow (St. Louis): Medicinische Behandlung der Adenoiden.

Für das folgende Jahr wird folgender Vorstand gewählt:

Vorsitzender: J. H. Hartman (Philadelphia). Stellvertretender Vorsitzender: J. H. Lowman (Cleveland). Zweiter stellvertretender Vorsitzender: W. P. Porcher (Charleston). Schatzmeister: James E. Newcomb (New York). Bibliothekar: J. K. Bryan (Washington).

Die nächste Versammlung wird in Atlantic City abgehalten werden.

Emil Mayer.

f) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Februar 1903.

Vorsitzender: P. Mc. Bride.

Folgende Ehrenmitglieder wurden einstimmig gewählt:

Prof. Killian (Freiburg i. Breisgau),
Prof. Lermoyez (Paris),
Prof. Schech (München),
Prof. Schmiegelow (Kopenhagen).

Die Geschwulst-Commission berichtet über:

a) Barclay Baron's Präparat (cfr. Sitzung vom Januar 1903, Centralblatt Bd. XIX, S. 605). Der Tumor wird als Carcinom bezeichnet.

b) Lack's Präparat von einer Tonsille (cfr. Centralblatt Bd. XIX, S. 604). Es ist kein sicheres Merkmal für Tuberculose vorhanden.

c) Dundas Grant's Präparat (April-Sitzung 1902, cfr. Centralblatt S. 117). Es handelt sich um ein Carcinom des Antrums.

Charters Symonds: Fall von Lähmung des linken Stimmbandes infolge von Bleivergiftung.

Es handelt um ein 18jähriges Mädchen mit ausgesprochenen Symptomen von Bleivergiftung. Das linke Stimmband stand in Cadaverstellung und war völlig unbeweglich.

Sir Felix Semon lenkt die Aufmerksamkeit auf das in diesem Falle vorhandene Zusammenbestehen von Posticuslähmung und Internusparalyse. Bei Bleivergiftung sind die Abductoren am häufigsten befallen. Es kommt häufig vor, dass Pferde, die in Bleiwerken arbeiten, tracheotomirt werden müssen.

Pegler: Septotom für Moure'sche oder andere Operationen wegen Scheidewandverbiegungen.

Das Instrument stellt eine Combination der Moure'schen und Ash'schen vor.

De Santi: Fall von einseitiger (rechtsseitiger) Schilddrüsenschwellung bei einer 50jährigen Frau.

In Folge der grossen Verdrängung des Kehlkopfes und der Luftröhre bestand Dyspnoe. Redner beabsichtigt die Entfernung des Kropfes vorzunehmen,

Sir Felix Semon spricht von der Gefahr der Erstickung, die in einem solchen Fall durch eine in den Tumor erfolgende plötzliche innere Blutung veranlasst werden kann.

Brown Kelly: Mikroskopische Präparate von einem Nasentumor vom Typus der „blutenden Septumpolypen".

Die Präparate stammen von vier Tumoren, der eine war ein Polyp des Nasenflügels, der andere eine sarkomähnliche Geschwulst am Septum, zwei waren blutende Septumpolypen. In allen vier bindegewebige Gerüstsubstanz mit fibrocellulären Massen darin und zahlreichen Blutgefässen. In dem einen Fall

herrschte dies, in dem anderen jenes Element vor und verlieh der Geschwulst ihren besonderen Charakter. Die am Nasenflügel entspringende Geschwulst hatte die Grösse einer Haselnuss und war gestielt. Nur ein ähnlicher Fall ist berichtet von Masip. Die sarkomähnliche Geschwulst gab sowohl in ihrem makroskopischen wie mikroskopischen Verhalten in hohem Grade Verdacht auf Malignität, erwies sich klinisch aber als gutartig.

Sir Felix Semon: Fall von Tabes mit frühzeitigem und ungewöhnlichem Befallensein verschiedener Hirnnerven.

Pat. ist ein 46jähriger Mann, der seit 2 Jahren an lancinirenden Schmerzen litt und bei dem sich mannigfache Symptome von Tabes herausstellten. Der 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10. und 12. Hirnnerv ist betheiligt. Es besteht imcomplete beiderseitige Abductorlähmung. Redner hat unter den Frühsymptomen der Tabes niemals eine so complete Lähmung des weichen Gaumens gesehen, wie in diesem Falle. Auch ist interessant, dass die Zunge einige Zeit nach dem Gaumen und Kehlkopf afficirt wurde.

Der Vorsitzende erwähnt einen Fall, in dem beiderseitige Lähmung des Rachens und einseitige Gaumenparese mit Tachykardie bestand; er blieb einige Jahre stationär.

Donelan: Fall von Ankylose im linken Crico-arytenoidgelenk bei einer 23jährigen Frau.

Vor 6 Jahren bestand eine Laryngitis nach Influenza. Es besteht linksseitige Abductorlähmung mit Fixation des Crico-arytenoidgelenks.

Hunter Tod: Fall eines polypoiden Tumors am Septum bei einer 33jährigen Frau.

Bei der Entfernung des Tumors entstand heftige Blutung. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein eigenthümliches Bild: sehr erweiterte Blutgefässe, um die Geschwulstzellen von endothelialem Charakter angeordnet waren. Dr. Bullock bezeichnete es als perivasculäres Endotheliom.

De Santi bemerkt, dass solche Tumoren im Vestibulum narium gefunden würden und dass sie, obwohl von sarkomatösem Aussehen, sich unter dem Mikroskop doch als gutartig erweisen.

W. R. H. Stewart: a) Fall von Obstruction des Larynx.

Es handelte sich um eine subglottische Geschwulst, die Dyspnoe verursachte.

b) Fall von Stirnhöhleneiterung mit Polypen.

In letzter Zeit ist eine Schwellung an der Stirn eingetreten.

Dundas Grant hält den Verdacht, dass es sich um Syphilis handelt, nicht für ausgeschlossen.

Stewart: Antisyphilitische Behandlung hat keinen merkbaren Erfolg gehabt.

Waggett: Fall von maligner Erkrankung in der Nähe der rechten Tubenmündung bei einem 69jährigen Manne.

Die Aufmerksamkeit auf die Erkrankung wurde durch Symptome seitens des Ohres gelenkt. Specifische Behandlung blieb ohne Erfolg.

Potter: Fall von Erkrankung beider Stirnhöhlen bei einem 29jährigen Manne.

Es bestand eitriger Ausfluss und die Polypen recidivirten; dabei war die Stirnhöhlenmündung vollkommen unverlegt.

Pegler räth zum Curettement der Canäle.

Grant fragt an, ob Ausspülung der Höhle vorgenommen ist.

Dundas Grant: Fall von chronischem Kehlkopfoedem.

Eine 45jährige Frau, die über Schluckschmerzen klagt. Im Kehlkopf fand sich blasses, ziemlich derbes Oedem der Epiglottis und der ary-epiglottischen Falten, besonders der linken. Die Stimmlippen schienen normal und beweglich: nur die linke, die nur zum Theil sichtbar war, war in ihren Bewegungen etwas beschränkt. Es war nirgends ein Geschwür auffindbar, nur die Gaumenschleimhaut und die Gaumenbögen, besonders der linke, waren etwas verdickt. Die Schwellung schien für ein einfaches Oedem etwas zu derb, zu inactiv für Tuberculose und es griff die Vermuthung Platz, dass es sich um eine amyloide Veränderung handeln könne. Die Milz war palpabel und wahrscheinlich vergrössert.

Sir Felix Semon erinnert an den von ihm im November 1902 demonstrirten Fall, in dem dasselbe speckige Aussehen zu constatiren war. Die Uvula jenes Patienten ist untersucht worden und Mr. Shattock hat an derselben keine Anzeichen von Amyloid gefunden. Das Einzige, was die vorläufige Untersuchung ergab, war eine enorme Rundzelleninfiltration.

Havilland Hall hat einen ähnlich aussehenden Fall gesehen, der schliesslich an Lungentuberculose zu Grunde ging. Ernst Waggett.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Die Herren Moritz Schmidt (Frankfurt a/M.) und Felix Semon (London) sind zu Ehrenmitgliedern, die Herren Jurasz (Heidelberg) und Killian (Freiburg) zu correspondirenden Mitgliedern der Münchener laryngo-otologischen Gesellschaft ernannt worden.

Dr. Gustav Spiess (Frankfurt a/M.) hat das Kreuz der Komthure des Kgl. Hausordens von Hohenzollern, Dr. Luc (Paris) das Kreuz der Ehrenlegion erhalten.

Die Frage der Weglassung der Tamponade und der sofortigen Entfernung der Tracheotomiecanüle nach Kehlkopfspaltung wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen.

Berlin, 8. Januar 1904.

Hochgeehrter Herr Professor!

In der Decembernummer der Annales des maladies de l'oreille et du larynx findet sich eine Mittheilung von Ihnen: „Thyrotomie et Laryngectomie dans le cancer du larynx“ und im Januarheft des Internationalen Centralblattes für Laryn-

gologie und Rhinologie erörtern Sie kurz die Frage der Weglassung der Tamponade und der sofortigen Entfernung der Tracheotomiecanüle nach Kehlkopfspaltung wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen.

Da ich neben ausgedehntesten Operationen am Kehlkopfe und Pharynx auch über zahlreiche conservative Eingriffe verfüge, so darf ich Sie vielleicht bitten, mir das Wort diesen Fragen gegenüber zu folgenden Bemerkungen ertheilen zu wollen.

Bei circumscripten Carcinomen der Stimmlippen setzt uns eine durch probatorische Excision ermöglichte Frühdiagnose in die Lage, die Thyreotomie und Exstirpation der erkrankten Partieu auszuführen. Die Laryngofissur ist in solchen Fällen keine blosse Palliativoperation. Sie vermag absolut sicher über die Grenzen der Erkrankung hinaus die Geschwulst auszurotten und eine Radicalheilung mit vortrefflichem functionellem Resultate in kürzester Frist anzubahnen.

Tritt früher oder später im individuellen Falle doch einmal ein Recidiv auf, so kann dann immer noch die partielle oder totale Lauryngectomie den Kranken dauernd heilen, wie ich dies wiederholt erfahren habe.

Was mich anbetrifft, so habe ich früher immer mit Rücksicht auf Wundrevision, Nachblutung, Oedem und Schluckpneumonie auch bei einfachen Laryngofissuren wegen Kehlkopfgeschwülsten die Tamponade des Larynx mit Jodoformgaze ausgeführt und die Canüle liegen lassen.

Nach 48—72 Stunden wurde die Tamponade, nach 4—5 Tagen die Canüle definitiv entfernt, nach 10—20 Tagen war die äussere Heilung beendet.

Ich muss aber anerkennen, dass ich in derartigen Fällen circumscripter Geschwulstbildungen, seitdem unsere endolaryngeale Technik eine subtilere geworden ist, genau nach Ihren persönlichen Vorschriften vorgehe und ohne Canüle, sowie ohne Larynxtamponade tadellose functionelle Dauerresesultate zu erzielen vermochte.

Es ist ja immer Sache der Schule, aus welcher man hervorgegangen, der persönlichen Erfahrung und der individuellen Technik, ob man mehr der einen oder der anderen Methode huldigt.

Soll ich jedoch mein heutiges Urtheil diesen Fragen gegenüber präcisiren, so glaube ich:

1. Dass sorgfältige Untersuchung uns in zahlreichen Fällen in die Lage versetzt, auch Frühstadien des Carcinoms z. B. an den Stimmlippen zu erkennen;

2. Die Laryngofissur für diese Fälle nicht nur eine palliative, sondern eine segensreiche radicale und dabei conservative Methode bildet;

3. Bei circumscripten Carcinomexcisionen nach der Thyreotomie ohne Tamponade und Einlegen von Trachealcanülen eine tadellose Heilung in überraschend kurzer Zeit möglich ist.

Ihrem Wunsche, dass diese in England längst practisch erprobte und bewährt gefundene Methode endlich auch in Deutschland allgemeiner als bisher geprüft werde, ist somit in vollem Umfange Rechnung getragen, auch gereicht es mir zur besonderen Genugthuung, mich in diesen wichtigen Fragen mit Ihnen in vollstem Einverständnisse zu befinden.

Mit besten Empfehlungen

Ihr ergebenster

Prof. Gluck.

München, Januar 1904.

Sehr geehrter Herr Herausgeber!

Die Motivirung Kümmel's für Beibehaltung der Tamponade nach der Kehlkopfspaltung ist mir allerdings auch nicht verständlich. Ich habe früher nach alter Vorschrift während der Operation die Tamponcanüle in mannigfaltiger Form angewandt und nach derselben die Canüle theils mit, theils ohne Tamponade liegen lassen. Meine letzten drei Laryngofissuren (Schild- und Ringkorpel). sowie eine Pharyngotomia subhyoidea habe ich dagegen ohne Tracheotomie, ohne Canüle und ohne Tamponade theils am hängenden, theils am gesenkten Kopfe vorgenommen und mit sofortiger möglichst exacter Etagennaht beendigt. Es handelt sich bei

den Laryngofissuren allerdings nicht um bösartige Neubildungen, sondern zweimal um Tuberculose und einmal um subchordale fibröse Hyperplasien; aber ich glaube, dass besonders die ersteren Erkrankungen ein bedeutend eingreifenderes Verfahren bedingt haben, als dies bei kleinen Carcinomen der Fall zu sein pflegt: sehr umfangreiche Excisionen und caustische Zerstörungen. In der Nachbehandlung fand 2—3 Tage Bardenheuer'sche Lagerung (mit tiefem Kopf) statt. Der Unterschied der so behandelten 4 Fälle gegen meine früheren bestand im wesentlichen darin, dass Temperatursteigerungen nur bis 38,0° und das nur an einem der ersten zwei Tage in einem Fall auftraten, bei den anderen Laryngofissuren gar nicht (der pharyngotomirte blieb 24 Stunden ebenfalls fieberlos und starb dann infolge eines Fehlers in der Pflege plötzlich); dass das Schlucken, welches ich immer nur in stricter Bauchlage vornehmen liess, anstandslos vor sich ging und dass die Athmung vollkommen frei und ungestört blieb. Am angenehmsten aber unterschied sich die Operation selbst von der früher geübten: kein störender Rachenschleim, keine Operationsfeldbeengung, kein Krampfhusten, sehr rasche und exacte Blutstillung. Endlich — und nicht am letzten — keine Decanulementsfurcht, als deren Folge einer meiner früheren Patienten sich so lange nicht von seinem Röhrchen trennen konnte, bis der endlich bewilligte Verschluss des Canals nur durch eine mühsame Plastik möglich war. Für mich ist also die neuerdings aufgeworfene Frage überhaupt keine Frage mehr.

In aller Hochachtung Ihr

L. Grünwald.

Anmerkung des Herausgebers. Zu den beiden vorstehenden — sehr willkommenen — Zuschriften möchte ich Folgendes bemerken:

Es ist im Interesse der Sache sehr erfreulich, dass Professor Gluck, dessen Erfahrung hinsichtlich ausgedehnter Operationen am Kehlkopfe wohl einzig dastehen dürfte, nach eigener Prüfung meine Angaben hinsichtlich der Leistungen der Thyreotomie ohne Tamponade und mit sofortiger Entfernung der Schwammcanüle nach der Operation in vollstem Umfange zu bestätigen vermag, und ich gebe mich der Hoffnung hin, dass nach seiner obigen Erklärung die in England geübte Methode nunmehr endlich auch in Deutschland einer allgemeinen Prüfung unterzogen werden wird. Denn wenn auch Prof. Gluck selbst vorurtheilsfrei genug gewesen ist, genau nach meinen im Jahre 1897 im Fraenkel'schen Archiv für Laryngologie gegebenen Rathschlägen vorzugehen, so weiss ich doch aus zahlreichen mir zugegangenen, zuverlässigen Angaben, dass in Deutschland noch heute zahlreiche Chirurgen und Laryngologen diesen Rathschlägen mit beträchtlicher Scheu gegenüberstehen, und die im vorigen Jahre im Schoosse der Versammlung süddeutscher Laryngologen stattgehabte Discussion, welche den Ausgangspunkt der gegenwärtigen Correspondenz bildet, scheint mir einen weiteren Beleg für die Richtigkeit meiner Auffassung darzustellen.

Wenn Professor Gluck weiterhin sagt, dass, wenn früher oder später im individuellen Falle doch einmal ein Recidiv aufträte, der Kranke dann noch immer durch die partielle oder totale Laryngectomie dauernd geheilt werden könne, so ist das unzweifelhaft richtig. Ich möchte aber hier noch einmal auf Grund beträchtlicher persönlicher Erfahrung bestimmt hervorheben, dass bei richtiger Auswahl der für die Thyreotomie geeigneten Fälle und bei genauer Befolgung der von mir im Archiv für Laryngologie gegebenen operativen Rathschläge Recidive zu den grössten Seltenheiten gehören.

Was die Mittheilung des Collegen Grünwald anbelangt, so erhellt aus denselben, dass er einen bedeutungsvollen Schritt weiter geht, als dies von Butlin und mir empfohlen worden ist, indem er überhaupt keine prophylaktische Tracheotomie vornimmt.

Auf den ersten Blick scheint dies eine weitere Vereinfachung der englischen Methode, und es mag sein, dass sein Vorschlag, der früher schon wiederholt von anderen Seiten gemacht worden ist, sich aber niemals hat allgemeinen Eingang verschaffen können, schliesslich zum allgemeinen Princip erhoben werden wird.

Vorläufig aber bekenne ich, dass mich nach eigener practischer Erfahrung, und nicht etwa nur auf Grund theoretischer Reflexionen, folgende zwei Erwägungen von seiner Befolgung abschrecken:

Zum ersten scheint es mir unmöglich, wenn während des Operation selbst kein vollständiger Abschluss der tieferen Luftwege vorhanden ist, wie er durch die Einlegung der Hahn'schen Tamponcanüle hergestellt wird, mit Sicherheit dem Einsaugen von Blut in die tieferen Luftwege bei stärkeren Inspirationen des Patienten vorzubeugen, selbst wenn die Operation am hängenden oder am gesenkten Kopfe vorgenommen wird, und da die weitaus grösste Gefahr bei allen diesen Operationen eben im Hineingelangen von Blut in die tieferen Luftwege und hieraus resultirender späterer Pneumonie besteht, so würde ich mich nur schwer entschliessen können, von einer Präventivmaassregel abzugehen, welche den Umfang der Operation kaum, die Dauer der Nachbehandlung garnicht vergrössert, und dabei so werthvolle Garantien gegen bedenkliche Complicationen giebt.

Zweitens bringt die Unterlassung der Tracheotomie ganz unzweifelhaft den operativ schwer ins Gewicht fallenden Nachtheil mit sich, dass das ohnehin schon enge Operationsfeld durch die Hantirung des Chloroformisten noch weiter beschränkt wird.

Schon jetzt, d. h. bei der Benutzung der Tracheotomiechnüle ist das gleichzeitige Wirken des Operateurs und des Anästhetikers oftmals störend genug, ausser wenn man nach Hahn's Vorschlag das Chloroform durch einen langen Schlauch und Trichter zuführt, wogegen mein bewährter Chloroformist, Mr. Tyrrell, die dringliche Einwendung erhebt, dass sich bei der oftmals sehr unregelmässigen Athmung der Operirten leicht eine weit grössere Menge reinen Chloroforms in dem Schlauch ansammeln kann, als dies vom Standpunkt des Anästhetikers rathsam erscheint. Fällt aber die Tracheotomie ganz fort, und muss der Chloroformist das Betäubungsmittel mittelst einer Röhre in die enge Wunde treiben, während der Operateur in derselben thätig ist, so wird dadurch die Operation im Inneren des Kehlkopfes, die schon an sich subtil genug ist, augenscheinlich weiter erschwert. Es mag hier dagegen eingewendet werden, dass man statt allgemeiner locale Anästhesie verwenden solle. Aber auch dieses Auskunftsmittel scheint mir bei der langen Dauer der Operation ungeeignet, abgesehen davon, dass es psychisch wenig wünschenswerth sein dürfte, sich nach Eröffnung des Kehlkopfes, und besonders wenn sich das Leiden weiter vorgescheitten zeigen sollte, als dies laryngoskopisch der Fall zu sein schien, im Beisein des wachen Patienten mit dem Assistenten über die weiteren vorzunehmenden Schritte zu besprechen.

Vielleicht lässt sich College Grünwald weiter über diese beiden Punkte aus. Jedenfalls bleibt der Briefkasten des Centralblatts weiteren Einsendungen über die ganze Frage geöffnet. Felix Semon.

Manuel Garcia beim Festessen der Londoner Laryngologischen Gesellschaft am 15. Januar 1904.

Bei Gelegenheit des Festessens der Londoner Laryngologischen Gesellschaft zur Feier ihres zwölfjährigen Bestehens brachte ihr ältestes Ehrenmitglied, der jetzt in seinem neunundneunzigsten Jahre stehende Manuel Garcia, folgenden Trinkspruch aus:

„Herr Präsident und meine Herren!

Sie wissen aus alter Erfahrung, dasa ich kein Redner bin. Wenn ich jetzt einige Worte sage, so geschieht dies, um Ihnen meinen tiefgefühltesten Dank für ihre Güte gegen mich und auch um meine Freude auszudrücken, dass ich mich heute noch einmal unter Ihnen befinde, da ein solches Fest bei meinem Alter vielleicht nicht wiederkehren mag. Obwohl nicht einzig in seiner Art, so ist es doch selten, dass Extreme, wie Sie und ich einander begegnen, und ich vermuthe, dass es aus diesem Grunde geschah, dass Sir Felix Semon mir in einer seiner Reden scherzhafterweise den Namen des „Vaters dieser Gesellschaft" beilegte. Dieser hochehrenvolle Name dürfte allerdings für einen Mann vom meinem Alter passen. Aber welch' eine glänzende Nachkommenschaft!! Kein Mensch könnte

sich einer so zahlreichen Versammlung ausgezeichneter brillanter Söhne rühmen. Selbst Salomo in all' seinem Ruhme und mit allen seinen ausnahmsweisen Gelegenheiten hätte das nicht zu Stande gebracht! Trotzdem bediene ich mich meiner Vaterrechte und schliesse, indem ich Ihnen Allen meinen Segen gebe."

Es braucht nicht versichert zu werden, dass diese kleine Rede mit grösstem Jubel aufgenommen wurde. Der ehrwürdige Vater der Laryngologie war in diesem Jahre rüstiger als seit langer Zeit und wohnte dem Feste in heiterster Stimmung bis zu seinem Schlusse bei, um dann nach seiner mehrere Meilen von dem Festlokale glegenen Wohnung surückzukehren. Seine geistige und körperliche Frische war einfach wunderbar!

Die Londoner Laryngologische Gesellschaft rüstet sich dazu, seinen 100. Geburtstag, der auf den 17. März 1905 fällt, im Verein mit anderen laryngologischen und musikalischen Genossenschaften in einer der Seltenheit des Festes und der Verdienste des Mannes würdigen Weise zu begehen. Wir werden in Bälde hierüber weitere Mittheilungen bringen.

Spontaneinsendung von Autoreferaten etc.

Zu wiederholten Malen und ganz besonders in jüngster Zeit ist der Herausgeber durch spontane Einsendung von Autoreferaten seitens Autoren, die nicht zu den regelmässigen Mitarbeitern des Centralblatts gehören, in Verlegenheit versetzt worden.

Nach dem Plane des Unternehmens und nach der nunmehr fast zwanzigjährigen Thätigkeit desselben hielt er es für allgemein bekannt, dass die Referate ausschliesslich von den regelmässigen Mitarbeitern geliefert werden, deren jedem ein gewisser nach Nationalitäten abgegrenzter Referatsbezirk zugewiesen ist. In einzelnen dieser Bezirke, in denen die literarische Production das Leistungsvermögen eines einzelnen Referenten übersteigt, theilen sich mehrere Referenten in die Arbeit.

Es braucht nicht gesagt werden, dass bei dem Umfange des ganzen Unternehmens der Geschäftsgang hierdurch unumgänglicher Weise ein sehr complicirter wird, und dass gelegentliche unbeabsichtigte Uebergriffe der Referenten in ihre gegenseitigen Bezirke, zumal wenn eine Arbeit gleichzeitig in mehreren Blättern oder mehreren Sprachen erscheint, ganz unvermeidlich sind. Das giebt dann wohl gelegentlich zu Reclamationen Anlass, da natürlich niemand es gern sehen kann, wenn sein mühevolles Referat zu Gunsten eines anderen über dieselbe Arbeit verfassten Referats zurückgestellt wird, und der Herausgeber hat öfters Oel in die Wogen des Unmuths zu giessen.

Während dies aber unvermeidlich ist, kann er die Sachlage nicht dadurch noch weiter compliciren lassen, dass er, wenn er auch so freundlich gemeinte, unerbetene Autoreferate in das Centralblatt aufnimmt. Mit vollstem Recht würden sich seine treuen vieljährigen Mitarbeiter beklagen, wenn er ihre eigenen Referate zu Gunsten eines gelegentlichen Einsenders zurückstellte. Er wünscht also hiermit ausdrücklich die Leser des Centralblatts zu benachrichtigen, dass es ihm zu seinem Bedauern nicht möglich ist, spontan eingesandte Autoreferate oder Referate über die Arbeiten dritter Autoren aufzunehmen!

Wenn ein Autor Grund zu haben glaubt, dass seine Arbeit dem Referenten seines Heimathlandes entgangen sei, so bittet der Herausgeber ihn, sich mit dem betreffenden Referenten — nicht aber mit dem Herausgeber direct — in Verbindung zu setzen, respective dem ständigen Referenten ein Autoreferat seiner Arbeit zu übermitteln.

Auf diese Weise wird berechtigter Empfindlichkeit vorgebeugt, der Geschäftsgang des Blattes eingehalten und eine Menge unnöthiger Hin- und Herschreiberei erspart. Der Herausgeber des Centralblatts.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. **Berlin, März.** **1904. No. 3.**

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **Nowotny. Bericht aus der laryngologischen Abtheilung des Herrn Prof. Pieniazek in Krakau.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 8 u. 9. 1902.*

Casuistische Mittheilungen, die im Original gelesen werden müssen und die verschiedensten Krankheiten des Rachens, Kehlkopfes und der Nase betreffen.

SCHECH.

2) **C. Hasse. Ueber die Bauchathmung.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). 1. Heft. S. 23. 1903.*

H. fasst seine Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammen: Der Einfluss der Athembewegungen auf die Eingeweide ist bei den drei Arten der Athmung im Wesentlichen derselbe und nur quantitativ verschieden. Am grössten ist der Einfluss sowohl auf die Brust- wie auf die Bauchorgane bei der gemischten Athmung.

Bei der Brustathmung erstreckt sich der Einfluss wesentlich auf Lungen, Herz und Herzbeutel, bei der Bauchathmung wesentlich auf die Baucheingeweide.

Bei der Brustathmung ist wesentlich der obere vordere Lungenlappen, bezw. auf der rechten Seite auch der mittlere Lappen sowie das Gebiet der der vorderen Brustwand nahe gelegenen oberen Hohlader betheiligt.

Bei der Bauchathmung erstreckt sich der Einfluss hauptsächlich auf den unteren Lungenlappen und auf das Gebiet der im Bereiche des Zwerchfells gelegenen unteren Hohlader.

Bei allen drei Formen der Athmung erfolgt während der Einathmung eine Blutentleerung der Leber, bei der Ausathmung ein Zuströmen des Blutes aus der Pfortader.

Am bedeutendsten ist die Blutentleerung und die Füllung der Leber bei der gemischten, am geringsten bei der Brustathmung.

Die Dehnung und Bewegung der Leber ist am geringsten bei der Brustathmung, stärker schon bei der Bauchathmung, am bedeutendsten bei der gemischten Athmung.

Welche hohe Bedeutung damit der Athemgymnastik und ganz besonders der gemischten Athmung für den Blutumlauf im Körpergefäss- wie im Pfordadergebiet, für die Erleichterung der Herzthätigkeit und für den Gaswechsel des Blutes zukommt, ergiebt sich aus dem Vorstehenden von selber. J. KATZENSTEIN.

3) **C. Poli. Ueber den physiologischen Werth der Nasen- und Mundathmung. (Sul valore fisiologico della respirazione nasale e buccale.)** *Archivio di Otologia e Rinologia e Laringologia. Februar 1903.*

Die Untersuchungen, die Vf. an einem wegen Perichondritis tracheotomirten 21 jährigen Manne machte, der durch allmälige Dilatation der Stenose dahin gebracht war, dass er auch bei geschlossener Canüle athmen konnte, hatten den Zweck, die Frage zu beantworten, ob die Mundathmung jemals den physiologischen Werth der normalen Nasenathmung erlangen kann. Vf. gelangt zu dem Ergebniss, dass die Mundathmung stets an physiologischer Bedeutung der Nasenathmung unterlegen bleibt und dass dies seinen Grund darin hat, dass jene weniger tief, weniger frequent und weniger rhythmisch ist, als diese. Daraus ergiebt sich des Weiteren eine Veränderung der Respirationsgrösse oder des Grades der Lungenventilation in der Zeiteinheit, sowie eine Störung im Blutlauf, die als venöse Stauung im kleinen und grossen Kreislauf sich kundgiebt, und die Möglichkeit des Entstehens von Reflexerscheinungen. FINDER.

4) **James M. Brown. Das normale Athmen. (Correct breathing.)** *Medical Standard. August 1903.*

Vf. erörtert die Richtigkeit der Zwerchfellathmung für die allgemeine Gesundheit, sowie für Singen und Sprechen. EMIL MAYER.

5) **Eine Discussion über das „Schnüffeln" bei Kindern.** *Soc. for the study of disease in children. Reports. Vol. III. p. 214. 1903.*

Im Laufe der Beschreibung eines Falles von Scorbut mit Craniotabes machte George Carpenter eine Bemerkung über das Vorkommen von „Schnüffeln" bei Kindern. Es sei nach seiner Meinung sehr schwer zu entscheiden, ob das Schnüffeln ein Symptom von Syphilis sei oder nicht. Bei einer gewissen Anzahl von Fällen fand man Adenoide in dem Nasenrachenraum. Bei einer anderen konnte man hingegen keine Adenoide vorfinden. Einige zeigten einen eitrig-schleimigen Ausfluss aus dem Nasenloch, andere hatten keinen solchen. In einigen Fällen kam der schleimige Eiter aus der Choane und war auf der hinteren Rachenwand bemerkbar.

E. Cautley meinte, dass man nicht zu viel Gewicht auf das Schnüffeln legen sollte. Eine grosse Zahl von Neugeborenen, die ins Hospital gebracht wurden, litt an Schnüffeln, oder wenigstens an einer Art von Nasencatarrh. In der Privatpraxis sollte man grösseres Gewicht darauf legen.

C. A. Sutherland sagte, dass diese Frage voller Schwierigkeit ist. Er fand es schwer zu entscheiden, ob ein gewisser Fall von Schnüffeln syphilitischen oder nichtsyphilitischen Ursprungs sei. Man sollte das Schnüffeln nicht für ein diagnostisches Zeichen von Syphilis halten. In den meisten Fällen von Syphilis könnte man andere Symptome dieser Krankheit constatiren. Es sei leicht, das

Schnüffeln mit Adenoiden zu verwechseln. Einige Aerzte haben gefunden, dass Adenoide bei Neugeborenen sehr gewöhnlich sind. Nach S.'s Erfahrung aber ist dies selten der Fall. Wenn man in Zweifel darüber ist, ob während der ersten Lebensmonate ein Fall die Folge von Adenoiden oder von Syphilis sei, so würde er sagen, dass derselbe höchst wahrscheinlich der Syphilis zuzuschreiben sei.

J. Stuart Mackintosh meinte, dass es sich beim Schnüffeln um einen eitrig-schleimigen Ausfluss aus der Nase eines Neugeborenen handle, der ein schnüffelndes Geräusch verursache. Gewisse Zustände, ausser Syphilis oder Adenoiden, könnten allerdings dieses Geräusch produciren. M. glaubte, es sei oft durch Coryza verursacht. Ferner könne ein Kind bei der Geburt, indem es einzuathmen versucht, Eiter von der Mutterscheide in die oberen Luftwege hineinziehen, der eine später in einen subacuten oder chronischen Typus übergehende Rhinitis erzeugen würde. Er hat viele kleine Kinder gesehen; die an angeborenen Adenoiden oder an in den ersten Lebenswochen entstandenen Adenoiden litten; die Mütter nannten diesen Zustand „Schnüffeln". Vor einigen Tagen hatte er den Nasenrachenraum eines Neugeborenen von Adenoiden befreit und das Schnüffeln hörte auf.

Der Vorsitzende (L. Marshall, Nottingham) glaubte, das man über das Schnüffeln als ein Symptom der angeborenen Syphilis in recht unbestimmter Weise sich äussere. Nach seiner Erfahrung litten Kinder an Schnüffeln in Folge von unbedeutenden Ursachen. Es wäre sehr voreilig, zu dem Schlusse zu gelangen, dass alle Kinder, die schnüffeln, syphilitisch seien.

George Pernet wollte die Diagnose von angeborener Syphilis nicht auf dieses einzige Symptom basiren. Dass das wahre Schnüffeln aber syphilitischen Ursprunges sei, bezweifelte er nicht.

DAN MCKENZIE (F. SEMON).

6) **Arthur Foxwell** (Birmingham). **Ueber die Behandlung des Hustens. (On the treatment of cough.)** *Birmingham Med. Rev. April 1903.*

Verf. hat als ein wirksames Mittel, um den im Nasenrachen sich ansammelnden Schleim, der secundär Reizung der Kehlkopfschleimhaut und Husten verursacht, zu entfernen, den Glycothymol-Aether, rein oder verdünnt, befunden. Der trockne Reizhusten wird am besten gemildert, wenn man täglich 6 mal eine Colchisol-Kapsel oder dreimal täglich Aspirin mit Natr. jodat. ana 0,3 giebt. Bei akuter Bronchitis sind kleine Dosen Pilokarpin empfehlenswerth, doch genügt häufig auch schon Natr. jodat. 0,3. Bei sehr starkem Husten kann man ein Sedativum wie Natr. bromat. hinzusetzen.

JAMES DONELAN.

7) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Ueber einen Skleromherd in Ostpreussen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 11. 1903.*

Verf. berichtet in der Berliner medicinischen Gesellschaft über 8 Fälle von Sclerom, die, mit einer Ausnahme, aus dicht benachbarten Dörfern der ostpreussischen Kreise Johannisburg, Marggrabowa und Lyck stammen.

Viele Scleromkranke werden für Schwindsüchtige gehalten. Um der Gefahr weiterer Ausbreitung nach Deutschland hin zu steuern, hat Verf. die Mitwirkung der staatlichen Organe angerufen und erhalten.

(Eine nähere Ausführung des Thema's enthält die einzwischen im Arch. für Laryngol. 14. 2. erschienene Studie: Ueber das Vorkommen des Scleroms in Deutschland von Gerber's Assistenten Streit. D. Rf.) ZARNIKO.

8) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Die Contagiosität des Skleroms.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 21. 1903.*

Verf. ist es geglückt bei zwei Geschwistern von zwei früher (Berl. klin. Wochenschr. 1903. 11) besprochenen Scleromkranken gleichfalls Sclerom nachzuweisen. Das spricht für die Contagiosität des Scleroms. ZARNIKO.

9) **Hans B. Christiansen** (Kopenhagen). **Schleimhautlupus der Luftwege und die in dem Finsen'schen medicinischen Lichtinstitut angewandte Behandlung. (Slemhiendelupus i Luftveiene ogden pea Finsens medicinske Lysinstitut anvendte Behandling.)** *Ugeskrift for Laeger. 5. Juni 1903.*

Unter den ca. 1000 Lupuskranken, die während der letzten 6 Jahre in dem Lichtinstitute behandelt worden sind, haben drei Viertel manifeste Zeichen eines Schleimhautlupus dargeboten. Nur 10 Patienten hatten reinen Schleimhautlupus (ohne Hautleiden). Lichtbehandlung gegenüber Schleimhautlupus wird nur auf dem vorderen Theil des Vestibulum nasi, der Gingiva labialis und auf der Zunge angewandt. Galvanocaustik dient als Hauptmittel. Ausserdem wird Jod (Jod 1,0, Jodkali 2,0 Aqua destillata 2,0) und Sublimat (1 pM.-Lösung, womit Nasentampons getränkt werden) gebraucht. Die Patienten tragen meistentheils die Sublimattampons den ganzen Tag. Hypermangansaures Kali (1/700) wird bisweilen, wenn Sublimat nicht vertragen werden konnte, angewandt. Milchsäure ist versucht, aber als wirkungslos aufgegeben. E. SCHMIEGELOW.

10) **M. Bukofzer** (Königsberg). **Untersuchungen über die Wirkung von Nebennierenextract (Adrenalin) auf die Schleimhaut der oberen Luftwege bei äusserlicher Anwendung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. S. 241. 1902.*

Adrenalin hat einen blutungshemmenden Einfluss auf capillare Blutung: bei mässig starker, aber anhaltender Epistaxis kann es von vorzüglicher Wirksamkeit sein, bei stärkeren Blutungen aber versagt es: ein Hämostaticum κατ' ἐξοχήν ist Adrenalin nicht. — Bei chronischer Hyperämie ist Adrenalin wirkungslos, acute Hyperämie dagegen wird prompt beseitigt, daher kann Heiserkeit bei acuter Laryngitis durch Adrenalin fast momentan für einige Stunden beseitigt werden. — Sehr wirksam ist Adrenalin zur Erweiterung des Lumens der Nasenhöhle zu Untersuchungszwecken. — Eine anästhesirende Wirkung hat es, wenn überhaupt, nur in geringstem Maasse. Es ist ein „Cocainsparer", indem es eine relative Anämie bewirkt und dadurch den Boden für eine intensivere Cocainwirkung vorbereitet.

B. rühmt und empfiehlt das „wunderbare" Mittel, warnt aber vor allzu enthusiastischer Aufnahme desselben. F. KLEMPERER.

11) **Ferrari. Ueber den Werth des Adrenalins in der Laryngeiatrie. (Sul valore dell'adrenalina in laringoiatria.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. August 1903.*

Verf. kommt auf Grund einer Erfahrung, die er mit Anwendung von Adre-

nalin bei der Exstirpation eines Stimmbandpolypen gemacht hat, zu dem Ergebniss, dass dadurch eine Prädisposition für postoperative Blutungen gesetzt wird, dass bisweilen eine heftige Reaction in Form von Hyperämie, Heiserkeit, reichlicher Secretion, Reflexerscheinungen etc. die Folge ist und dass durch das Adrenalin die Gewebe so in ihrem Aussehen verändert werden, dass dadurch die Genauigkeit der Beobachtung für die Diagnose beeinträchtigt wird. FINDER.

12) **Mahu** (Paris). **Behandlung krebsiger Geschwüre mit Adrenalinpinselungen. (Traitement des ulcérations cancéreuses par les badigeonnages d'adrénaline.)** *Académie de médecine. 24. November 1903.*

Diese Behandlung scheint keinen anderen Effect zu haben, als eine Herabminderung der Schmerzen und der Blutungen. Verf. räth, die Application alle zwei Tage mit einer frisch bereiteten 1 pM.-Lösung zu machen; nach 3 oder 4 Wochen muss man, um einer Intoxication vorzubeugen, aussetzen. Injectionen in den Tumor vermehren sein Volumen: Verf. räth, davon abzustehen. PAUL RAUGÉ.

13) **Laris S. Somers. Die Anwendung von Ichthyol bei Krankheiten der oberen Luftwege. (The use of Ichthyol in diseases of the upper respiratory tract.)** *Merck's Archives. September 1903.*

Verf. verwendet das Ichthyol in verschieden starken Lösungen in Wasser oder Glycerin bei geringer Hypertrophie der Nasenschleimhaut, bei eitriger und besonders atrophischer Rhinitis. Bei Ethmoiditis wirkt es nach Eröffnung der Siebbeinzellen secretionsbeschränkend. Der Geruch wird durch Zusatz von Bergamottöl gemildert. EMIL MAYER.

14) **Emmerich** (München). **Kann in Inhalatorien bei richtigem Betrieb eine gewisse Menge der zerstäubten Flüssigkeit in die Lunge gerathen?** *Münch. med. Wochenschr. No. 39. 1902.*

E. kann auf Grund seiner Versuche diese Frage bejahen; die Alveolen und feinen Bronchien können jedoch nur dann mit Medicamenten reichlich bethaut werden, wenn unter Berücksichtigung von Sättigungsdeficiten der Luft sowie der durch den Inhalationsraum geführten Menge der letzteren die Quantität der zu zerstäubenden Flüssigkeit jeweils rechnerisch ermittelt und für die Bildung feinster den ganzen Inhalationsraum dichterfüllender Flüssigkeitströpfchen Sorge getragen wird. SCHECH.

15) **Alexander** (Reichenhall). **Ein Schutzschleier am Reflector für Halsoperationen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 10. 1903.*

Ein Schleier aus Billrothbattist mit Löchern für das Hindurchsehen ist am Stirnband des Reflectors befestigt. Lieferant: H. Windler, Berlin. ZARNIKO.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Ludwig Wolff** (Frankfurt a/M.). **Ueber angeborenen knöchernen Choanalverschluss.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. S. 293. 1902.*

53jährige Frau mit angeborenem knöchernen Choanalverschluss, der die linke Seite vollständig abschliesst, rechts eine für die Nasenathmung ausreichende

Oeffnung darbietet. Der Gaumen zeigt ausgesprochenen Hochstand. Die vorgenommene Messung ergiebt Leptoprosopie, auf welche — bei der Einseitigkeit der Nasenverstopfung und dem geringen Grad von Mundathmung der Patientin — Verf. den Hochstand des Gaumens zurückführt.

F. KLEMPERER.

17) **Ch. Kruse** (Gotheborg). **Fall von Choanalatresie.** *Verhandl. d. med. Gesellschaft zu Gotheborg. 24. September 1902.*

Bei einer 52jährigen Frau wurde eine vollständige rechtsseitige und partielle linksseitige Choanalatresie gefunden. Sie sollte sich nach einer Influenzarhinitis vor 12 Jahren entwickelt haben.

E. SCHMIEGELOW.

18) **H. D. Hamilton. Verschluss der Choanen. (Occlusion of posterior nares.)** *N. Y. Medical Record. 27. September 1902.*

19) **H. D. Hamilton. Verschluss der Choanen. (Occlusion of posterior nares.)** *Domin. Medical Monthly. October 1902.*

Es handelte sich um einen vollkommenen knöchernen Verschluss. Derselbe wurde perforirt und mit Bougies erweitert.

EMIL MAYER.

20) **Mackenty. Congenitale Atresie der Choanen. (Congenital atresia of the posterior nares.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Rechterseits bestand eine Deviation des knorpligen und knöchernen Septums und links ein knöcherner Choanalverschluss.

EMIL MAYER.

21) **Sophus Bentzen** (Kopenhagen). **Ein Fall von congenitaler Atresie der Choanen. (Tilfaelde of kongenital Atresi of Choanae.)** *Ugeskrift for Laeger. No. 20. 1903.*

Ein 30jähriges Dienstmädchen wurde 1902 im St. Josephs-Spital in Kopenhagen an diesem Leiden behandelt. Seit der Geburt niemals Luft durch die Nase, hat immer näselnd gesprochen. Anosmie. Oft Schnupfen. Die Nase ist gewöhnlich mit gelblichen Schorfen und Klumpen gefüllt. Im Uebrigen immer gesund.

Die Patientin ist kräftig und normal gebaut. Keine Symptome der Syphilis oder Skropheln. Das Gesicht symmetrisch, sie hat aber immer offenstehenden Mund und hängende Unterlippe. Die Nasenlöcher schmal, keine Luftpassage durch die Nase. Septum nasi mit Deviation nach der linken Seite. Choanae normal. Beide Nasenhöhlen mit mukopurulentem Schleim gefüllt. Die Raumverhältnisse vollständig normal, aber 7 cm innerhalb des Vestibulum ist die Passage von einer festen Querwand der Choanae vollständig geschlossen. Rhinoskopia post.: Choanae natürlich gestaltet, aber unmittelbar vor ihrem Frontalplan ist die Nase durch eine weissgelbe knochenähnliche Membran verschlossen. Im obersten Theile der Membran sieht man symmetrisch auf beiden Seiten eine sondenfeine Oeffnung oder vielmehr Vertiefung. Das Diaphragma ist, mit der Sonde untersucht, knochenhart. Uebrigens ist der Rhinopharynx normal, keine adenoiden Vegetationen. Tuben normal. Die Zahnreihe normal, U-förmig. Der Gaumen regelmässig gebaut, aber ungewöhnlich hoch. Die Breite des harten Gaumens ist 27 mm und die Höhe 27 mm beim 1. Prämolaren gemessen. Beim 1. Molaren ist die Breite 30 mm, die Höhe 29 mm.

Unter Cocainanästhesie wurde die Patientin mit Galvanocaustik operirt und drei Wochen später mit guter Luftpassage durch die Nase entlassen. Die Sprache war unverändert und die Anosmie noch vorhanden. E. SCHMIEGELOW.

22) **Hochheim** (Halle). **Zur Casuistik der doppelseitigen congenitalen Choanalatresie.** *Dissert. Greifswald 1903.*

Der von H. beschriebene, aus der Poliklinik Strübing's stammende Fall, betraf einen Bauernknecht, der von Geburt an nie durch die Nase hatte athmen können. Die digitale und rhinoskopische Untersuchung ergab einen vollständigen Verschluss der beiden Choanen. Schwerhörigkeit bestand nicht, aber Geruchs- und Geschmacksvermögen waren nicht ausgebildet. Durch wiederholte Operation gelang es, die Nasenathmung ziemlich gut herzustellen und das Geruchs- und Geschmacksvermögen einigermaassen auszubilden. SEIFERT.

23) **Trautmann. Ueber ein von der Nase ausgehendes Syphiloma hypertrophicum diffusum faciei.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 12. 1902.*

Diffuse gummöse Infiltration und Hypertrophie der äusseren Nase und der vorderen Nasenschleimhaut, sowie beider Wangen. Derbe Infiltration und Hypertrophie der Oberlippen und Knoten, schmerzhafte Rhagaden und Ulcerationen, besonders an der Oberlippe. Behandlung mit Jodkali, Rückbildung nach 50 Tagen. Heilung nach 9 Monaten. SCHECH.

24) **Chas. A. Todd. Syphilitische Nekrose der Nasenhöhle, begleitet von völliger Erblindung. (Syphilitic necrosis of the nasal cavity accompanied with total blindness.)** *N. Y. Medical Report. 27. September 1902.*

Der Patient war 47 Jahre alt. Das Nasenseptum war völlig zerstört und gleichzeitig bestand totale Amaurose. Bei der Ausspülung der Nase kamen von Zeit zu Zeit Knochensequester zu Tage. Unter antiseptischen Ausspülungen mit nachfolgender Anwendung von Vaselin verschwand der Fötor bald. Die vordere Wand der Keilbeinhöhle wurde durchaus intact befunden, so dass die Erblindung also nicht die Folge eines Weiterschreitens der Nekrose sein konnte. Das Sehvermögen hatte ungefähr drei Wochen, bevor der Patient zuerst von F. gesehen wurde, angefangen, schlecht zu werden. Es bestand zu der Zeit rechtsseitiger Kopfschmerz. Die Augenspiegeluntersuchung ergab ausser einer geringen Opticusatrophie nichts Besonderes. Das Gesichtsfeld war eingeengt und das centrale Sehvermögen vermindert. Symptome von Seiten anderer Gehirnnerven bestanden nicht.

LEFFERTS.

25) **W. Scheppegrell. Syphilis der Nase. (Syphilis of the nose.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. August 1902.*

Ein interessantes Résumé über den Gegenstand. EMIL MAYER.

26) **Calamida. Initiales Syphilom der Nasenschleimhaut. (Sifiloma inziale della mucosa pituitaria.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. September 1903.*

Patientin, eine 36jährige Frau, klagt über Kopfschmerzen, Nasenverstopfung und etwas blutigen Ausfluss aus dem rechten Nasenloch. Am vorderen Theil des

Septums sitzt ein erbsengrosser kurz gestielter Tumor, davor eine lineäre oberflächlich ulcerirte Anschwellung. Irgendwelche sonstige Zeichen von Syphilis waren nicht aufzufinden.

Als C. sie 14 Tage später wiedersah, hatte sie einen charakteristischen, papulösen Ausschlag am Körper. Die mikroskopische Untersuchung des abgetragenen Nasentumors ergab, dass er aus Rundzellen und epitheloiden Zellen mit wenig Gefässen bestand, in der Umgebung dieser war geringe Leukocyten-Infiltration zu constatiren.

Verf. hält die Ulceration am Septum für den Primäraffect, den Granulationstumor für einen zufälligen Nebenbefund. Die Patientin war Amme eines syphilitischen Säuglings, dem sie selbst Quecksilberinunctionen machte. FINDER.

27) **Du Lafite-Dumont. Syphilitische Gummata der Nasenhöhlen. (Gommes syphilitiques des fosses nasales.)** *Gazette hebdomadaire des sciences médic. de Bordeaux. No. 39. September 1903.*

Verf. bespricht die Diagnose und Therapie dieser Erkrankung.

E. J. MOURE.

28) **L. E. Leredde** und **L. Paubrier. Die Diagnose der Lepra und des tuberculösen Lupus der Nase durch bakteriologische Untersuchung des Nasenschleims nach Darreichung von Jodkali. (Le diagnostic de la lèpre et du lupus tuberculeux du nez par l'examen bacteriologique du mucus nasal, après ingestion d'iodure de potassium.)** *Revue pratique des maladies cutanées. p. 85. März 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

29) **T. Payson Clark. Nasenpolypen. Eine Studie über 147 Fälle. (A study of one hundred and forty-seven cases.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 2. Juli 1903.*

Folgende Punkte werden besonders betont: 1. Bei der Aetiologie der Nasenpolypen ist ein vorausgegangener Insult der Nase in Betracht zu ziehen. 2. Nur in einem geringen Procentsatz der Fälle besteht die Ursache in Nebenhöhlenerkrankungen (gewöhnlich Ethmoiditis). 3. Eine locale vasomotorische Störung, die constitutionellen Ursprungs sein kann, steht in einem gewissen Procentsatz der Fälle in causalem Zusammenhang mit den Polypen. 4. In manchen Fällen, wenn die Geschwulstbildung eine sehr ausgedehnte ist, bedarf es der Entfernung der ganzen mittleren Muschel. EMIL MAYER.

30) **Chauveau. Deformirung des Nasengerüstes durch Polypen. (Déformation du squelette nasal par des polypes du nez.)** *Archiv. Internat. de Laryngol., Otol. etc. p. 736. 1903.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

31) **Levy** (Königsberg i. Pr.). **Ueber Formveränderungen der Nase in Folge von Schleimpolypen.** *Dissert Königsberg 1903.*

In der vorliegenden Dissertation sind zwei Fälle von Verbreiterung der Nase durch Polypen aus dem Ambulatorium von Gerber mitgetheilt. L. stellt auf

Grund der Literaturangaben und der mitgetheilten Beobachtungen folgende Thesen auf: Die Auftreibung der Nase durch Schleimpolypen ist durchaus nicht so selten, wie es früher behauptet wurde. Findet sich eine Dehiscenz der Nasenbeine, so lässt sich daraus der Schluss ziehen, dass die Polypenansammlung erst in höherem Alter begonnen hat. Bildet die Nase bei Fällen von Auftreibung durch Polypen ein festes, knöchernes Gefüge, so hat die Polypenansammlung im jugendlichen Alter begonnen. Wie häufig die Nebenhöhlen der Nase bei diesen Fällen excessiver Polypenbildung afficirt sind, lässt sich auf Grund des vorhandenen Materials noch nicht mit Bestimmtheit angeben, doch dürften Nebenhöhlenaffectionen, besonders solche des Siebbeins, häufig hierbei vorhanden sein. SEIFERT.

32) **H. Lambert Lack** (London). **Vorlesung über Nasenpolypen. (A lecture on nasal polypus.)** *The Clinical Journal London. 21. October 1903.*

Verf. giebt eine ausführliche Darstellung der Aetiologie und Histiologie dieser Neubildungen. Er schliesst Nebenhöhlenerkrankungen in ungefähr 70 pCt. der Fälle als ätiologisches Moment aus. L. selbst hat bei seinen eigenen Untersuchungen das Hauptaugenmerk auf die Theile gerichtet, von denen die Polypen ausgehen, besonders die Knochen, und ist zu der Ueberzeugung gelangt, dass eine rareficirende Osteitis der Bildung der Polypen vorausgeht. Aus den Ausführungen des Verf.'s geht nicht deutlich hervor, inwiefern der pathologische Vorgang, um den es sich hier handelt, sich von der normalen Knochenbildung unterscheiden soll.

Was die Therapie anbetrifft, so ist, wenn nur ein oder zwei Polypen vorhanden sind, die Schlinge anzuwenden, wenn die active Erkrankung der Knochen bereits abgelaufen oder nicht sehr ausgedehnt ist. Wenn möglich soll die Schlinge ein Stück von dem Knochen mitfassen. Handelt es sich um eine grössere Anzahl von Polypen, so sollen diese ebenfalls abgeschnürt werden und der darunter liegende Knochen soll mit der schneidenden Zange entfernt werden. Bei einer dritten Gruppe von Fällen, wo die Erkrankung sehr ausgedehnt ist, bedient sich Verf. zur Entfernung der grösseren Geschwülste einer Nasenpolypenzange, ferner des Meyer-schen Original-Ringmessers für Adenoide. Die Arbeit stellt eine werthvolle Bereicherung der Literatur über diesen Gegenstand dar. JAMES DONELAN.

33) **P. Jacques** (Nancy). **Behandlung der gutartigen Nasenpolypen. (Traitement des polypes bénignes du nez.)** *Presse médicale. 16. December 1903.*

Der Nasenpolyp ist kein Myxom; er stellt vielmehr ein locales Oedem mit Neigung zur Hypertrophie dar; es handelt sich nur um eine ödematöse gutartige Degeneration der Schleimhaut. Am häufigsten entspringen die Polypen von der Schleimhaut des Siebbeins, speciell von dem vorderen Ende des mittleren Nasengangs. Verf. zieht zur Abtragung der Polypen die kalte Schlinge der galvanocaustischen vor. Die Zange benutzt er nur für grosse in den Nasenrachen hineinhängende Choanalpolypen. PAUL RAUGÉ.

34) **Ducros** (Paris). **Tumor der unteren Muschel. (Tumeur du cornet inférieur.)** *Société anatomique. 8. Mai 1903.*

Die Geschwulst betraf das hintere Ende der Muschel und stellte sich mikroskopisch als ein Angiom mit einigen myxomatösen Partien dar. PAUL RAUGÉ.

35) **W. Dubreuilh. Dermoidcyste der Nase. (Kyste dermoide du nez.)** *Journal méd. de Bordeaux. 28. Juni 1903.*

Bericht über einen operirten und geheilten Fall.

E. J. MOURE.

36) **C. P. Crouch. Ein Granulom der Nase in Folge von Jodkali. (A Granuloma of the nose due to Iodide of Potassium.)** *Bristol Med. Chir. Journal. September 1903.*

Ein 33jähriger Mann hatte ausgesprochene syphilitische Erkrankung der Nasenknochen, des Gaumens und des Kehlkopfs, sowie einen Herzklappenfehler. Die syphilitischen Erscheinungen gingen unter Quecksilber- und Jodkalibehandlung zurück, dagegen wurde ein Granulom in der Nase grösser. Jodkali wurde durch Arsen ersetzt und auf den Tumor Argent. nitr. applicirt. Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden. Hutchinson glaubt, dass das Granulom seine Ursache in dem Jodkali hatte, das bei dem herzkranken Individuum mangelhaft ausgeschieden wurde. Seiner Meinung nach sind solche Granulome häufig irrthümlich auf Tuberculose oder Syphilis bezogen worden. Im vorliegenden Fall wurde die Geschwulst dauernd entfernt durch Application einer Lösung von Chlorzink und Collodium.

JAMES DONELAN.

37) **Sargnon** (Lyon). **Grosse Schleimpolypen der rechten Nase. Polypoide Hypertrophie der linken mittleren Muschel; häufige und schmerzhafte anfallsweise Contracturen im Gebiet des rechten Facialis. Zeitweise Heilung der Anfälle nach völliger Entfernung der Polypen. Bildung von intranasalem Narbengewebe. Abgeschwächtes Recidiv der Anfälle. (Gros polypes muqueux de la narine droite. Hypertrophie polypoide du cornet moyen gauche; crises de contracture fréquentes et douloureuses dans le domaine du facial droit Guérison temporaire des crises après exstirpation complète des polypes. Formation du tissu cicatriciel intra-nasal. Récidive atténuée des crises.)**

Der Titel besagt den Inhalt.

E. J. MOURE.

38) **Irving E. Kimtall. Angiom der Nasenscheidewand. (Angioma of the nasal septum.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

39) **Jonathan Wright. Schnell recidivirender blutender Septumpolyp bei einer Schwangeren. (Rapidly recurring bleeding polyp of the septum nasi in a pregnant woman.)** *Laryngoscope. Mai 1903.*

Der Fall ist eine Reihe von Jahren in Beobachtung gewesen; der Septumpolyp zeigte sich wiederholt im siebenten Schwangerschaftsmonat. Zuerst wurde die Patientin im Jahre 1901 gesehen: der Polyp sass dem Rand einer Perforation auf, die in Folge einer von einem Arzte vorgenommenen Cauterisation entstanden war. Der Polyp wurde entfernt, recidivirte aber und zwar war das Recidiv grösser, als die ursprüngliche Geschwulst. Als Patientin wieder im 7. Schwangerschaftsmonat war, zeigte sich wieder ein dem ersten durchaus ähnlicher Septumpolyp.

Mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich im Wesentlichen um einen von Plattenepithel überzogenen Bindegewebstumor mit hyaliner Degeneration handelte.

EMIL MAYER.

40) **R. Chaoné. Vier Fälle von Gefässtumoren des Septums. (Quatre cas de tumeurs vasculaires de la cloison.)** *Gazzette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. No. VII. 1903.*

In zwei der vom Verf. mitgetheilten Fälle von Angiom des Septums schien die Aetiologie in einem Trauma zu liegen.

E. J. MOURE.

41) **Jonathan Wright. Papillomo-adenomatöse Hypertrophie der Septumschleimhaut. (Papillomatous-adenomatous hypertrophy of the mucous membrane of the septum.)** *Laryngoscope. Mai 1903.*

Bericht über einen Fall. Eine ödematöse papilläre Hypertrophie der Septumschleimhaut hatte einen adenomatösen Character angenommen. Es sind einige Abbildungen beigegeben.

EMIL MAYER.

42) **Calamida. Zwei Fälle von Angiom der Nasenhöhle. (Due casi di angiomi delle fosse nasali.)** *Giornale d. R. Academia di Medicina di Torino. September 1903.*

Im ersten Fall handelt es sich um einen blutenden Septumpolyp; die mikroskopische Untersuchung ergab das Bild eines fast ausschliesslich aus venösen Gefässen gebildeten Angioms. Im zweiten Fall sass der fast die ganze Nase ausfüllende weinrothe Tumor, der mit dem Herzschlag isochrone Pulsationen machte, ebenfalls dem Septum auf und zwar ungefähr in der Mitte seiner Höhe. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass es sich um ein Angio-Cavernom handelte.

FINDER.

43) **Friedrichsen** (Sansibar). **Die doppelseitige Nasengeschwulst der Tropenländer.** *Archiv f. Schiffs- u. Tropen-Hygiene. No. I. 1903.*

Verf. beobachtete bei einem 13jährigen Suaheli-Knaben beiderseits an der Nasenwurzel, auf den Nasenfortsätzen der Oberkieferbeine eine bis zum inneren Augenwinkel reichende länglich-runde, knochenharte Geschwulst, die in das Naseninnere hineinragte und das Lumen sehr verlegte. Die Nasenschleimhaut über den Geschwülsten war stark geschwollen, stellenweise etwas polypös und druckempfindlich.

Verf. vermuthet, dass es sich hier um einen Fall der als „Goundou-Krankheit" beschriebenen Geschwulstbildung handelt. An der Hand der in der Literatur vorhandenen Fälle giebt F. eine ausführliche Schilderung dieser Affectionen, aus der sich Folgendes ergiebt: Die Goundou-Krankheit pflegt ihren Anfang in den ersten beiden Lebensjahrzehnten, zuweilen in der ersten Kindheit zu nehmen. Das früheste Symptom besteht in Kopfschmerzen, denen bald ein blutig-eitriger Ausfluss folgt, der auch in F.'s Fall bestand. Allmälig treten dann zu beiden Seiten der Nase die Geschwülste auf, die gewöhnlich taubenei- bis hühnereigross, bisweilen aber noch grösser werden, jedenfalls aber sich nur ganz langsam vergrössern. Mit dem Wachsthum der Geschwülste hört ihre ursprüngliche Druckempfindlichkeit

auf; sie werden schmerzlos. Fast stets treten sie doppelseitig und symmetrisch auf, verlaufen aussen in der Richtung von oben — innen nach unten — und sind durch eine auf dem Nasenrücken verlaufende Furche getrennt. Ihre Form ist im Allgemeinen oval; die Haut über ihnen ist frei beweglich; sie sind von knochenharter Beschaffenheit und sitzen dem Knochen fest auf. Sie überschreiten höchst wahrscheinlich nicht die Grenze des Os maxillare und greifen nicht auf das Nasenbein über. Die spärlichen Angaben über die anatomische Beschaffenheit der Tumoren besagen uns, dass die Geschwulst mit einer dünnen Knochenschale bekleidet ist. Was die geographische Verbreitung der Krankheit anbelangt, so nahm man früher an, dass sie sich auf einen Theil der Westküste Afrikas beschränkt, während jetzt auch Fälle aus Ostafrika, Sumatra und Südchina bekannt sind. Ihr Vorkommen ist jedenfalls ein seltenes; sie befällt in der Mehrzahl Neger und ist bei Europäern niemals beobachtet. Betreffs der Aetiologie hat zuerst Chelminus eine klare pathologisch-anatomische Darstellung von der Entstehungsweise der Tumoren gegeben, indem er sie als das Product einer osteoplastischen Periostitis, die in Zusammenhang mit der Framboësia steht, auffasste. F.'s Patient litt an — wahrscheinlich hereditärer — Lues. Diese hält Verf. identisch mit der Framboësia. Der Knabe hatte ausser grossen strahligen Narben am Rücken und den Extremitäten noch tertiär-luetische Ulcerationen am Unterschenkel. Verf. stellt sich das Zustandekommen der Geschwülste so vor, dass auf die durch einen chronischen Schnupfen für weitere Infectionen besonders empfängliche Schleimhaut der Nase durch den Finger ein Gift (bacterieller Natur), wie es beim tropischen Phagedänismus aufzutreten pflegt, gebracht wird, das zunächst phagedänische Geschwüre in der Nase verursacht — daher der blutig-eitrige Ausfluss —, dann aber durch Uebergreifen auf das Periost zur osteoplastischen Entzündung führt.

FINDER.

44) E. Glas. **Ueber Thiosinaminversuche bei Rhinosklerom.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 11. 1903.*

Das Thiosinamin bewirkt ähnlich wie bei sonstigem Narbengewebe auch beim Skleromgewebe ein Weicherwerden desselben und ist für die Tubage von grossem Vortheile. Die Thiosin-Therapie ist bei hochgradigen rhinoskleromatösen Stenosen der Nase ein wirksames Adjuvans, bei subglottischen Larynxstenosen, wegen der Reaction, jedoch nicht zu empfehlen.

CHIARI.

45) Compaired. **Umfangreiches Epitheliom der Nase. (Volumineux épithelioma nasal.)** *Annales des maladies de l'oreille. p. 362. 1903.*

Es handelte sich um einen grossen Tumor, der sich in den Nasenrachen, die Orbita, Ethmoidal- und Highmorshöhle der linken Seite fortsetzte. Es bestand auch Exophthalmus und Verlust des Sehvermögens auf derselben Seite. In einer ersten Operation wurde der Tumor stückweise durch die Nase entfernt; in einer zweiten wurden die Sirnhöhlen, Siebbeinzellen und die Highmorshöhle eröffnet. Heilung in 13 Tagen. Nach Angaben des Autors bisher kein Recidiv.

E. J. MOURE.

46) **Wm. Hitschler** und **Geo. B. Wood. Ein Fall von Endotheliom der Nasenhöhle. (A case of endothelioma of the nasal fossae.)** *Philadelphia Medical Journal. Mai 1903.*

Pat. war ein 44jähriger Mann. Die mikroskopische Diagnose der entfernten Geschwulst lautete auf Endotheliom, wahrscheinlich lymphatischen Ursprungs. Der Tumor hatte einen derartigen Umfang gewonnen und war so auf die Umgebung fortgeschritten, dass die einzige Hoffnung in einer radicalen Entfernung mittels Operation von aussen her bestand, wobei es wahrscheinlich zu einer Exstirpation des grössten Theils des Oberkiefers auf der betreffenden Seite gekommen wäre. Pat. entzog sich jedoch der Operation und wurde aus den Augen verloren.

EMIL MAYER.

47) **Cordes** (Berlin). **Das Adenocarcinom der Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 8. 1903.*

Carcinome des Naseninnern sind seltene Neubildungen. Man kann folgende Formen unterscheiden: 1. Cylinderepithelkrebse, 2. Plattenepithelkrebse, 3. Drüsenzellenkrebse (Adenocarcinome), 4. Medullarkrebse.

Von Adenocarcinomen sind bisher 7 Fälle geschildert, die Verf. referirt. Er selbst fügt den achten und, wie er annimmt, den ersten in Deutschland beobachteten, hinzu. Der Tumor sass in der rechten Nasenhälfte einer 75jährigen Dame, erzeugte wiederholte Nasenblutungen, Verstopfung der Nase, führte grosse Schwächung der Pat. herbei, die durch ein intercurrentes Erysipel noch vergrössert wurde. Rhinoskopisch: Glatter, mässig resistenter, blassrother, sehr leicht blutender Tumor. Mikroskopisch: Adenocarcinom.

Therapie: Electrolytische Verkleinerung (28 Sitzungen). Der Rest, der auf der Bulla ethmoidalis aufsass, wurde mit der Schäffer'schen Zange entfernt.

Zur Zeit der Abfassung, d. i. nach $^3/_4$ Jahren, noch kein Recidiv.

Zum Schluss entwirft der Verf. auf Grund der acht Fälle ein klinisches Bild des Adenocarcinoms der Nase.

(Ref. erlaubt sich, auf einen von ihm im Hamburger ärztl. Verein vorgestellten, in diesem Centralbl. 14. S. 137 referirten Fall von Carcinoma tubulare des Naseninnern hinzuweisen, den Verf. übersehen hat. Nach den Ausführungen des Verf.'s müsste dieser der erste in Deutschland publicirte Fall von Adenocarcinoma nasi sein.)

ZARNIKO.

48) **J. Price Brown. Bemerkungen über einen Fall von Nasensarkom. (Notes of a case of sarcoma of the nose.)** *Canadian Lancet. Mai 1903.*

Der Tumor wurde intranasal mit der kalten Schlinge und mittels Galvanokaustik entfernt.

EMIL MAYER.

49) **J. Price Brown. Bemerkungen über Fälle von Sarkom der Nase. (Notes on cases of sarcoma of the nose.)** *Laryngoscope. August 1903.*

Verf. räth frühzeitige Operation auf galvanokaustischem Wege.

EMIL MAYER

50) **J. G. Connal** (Glasgow). **Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Glasgow Med. Journal. p. 333. November 1903.*

Es handelte sich im vorliegenden Fall um einen 56jährigen Mann, bei dem die Geschwulst wahrscheinlich am hinteren Ende der Muschel ihren Ursprung genommen, sich nach vorn zu ausgebreitet hatte und mit dem Septum und dem Nasenboden verwachsen war. Der Tumor wurde in mehreren Sitzungen unter Cocain und Adrenalin mit der kalten Schlinge und dem Electrocauter entfernt. Seit 3 Monaten kein Recidiv.

JAMES DONELAN.

51) **B. Schweinburg. Ein Fall von Zahninversion mit Durchbruch in die Nase.** *Wien. med. Presse. No. 29. 1902.*

Ein wahrscheinlich überzähliger Zahn wurde am linken unteren Nasengange ziemlich fest steckend gefunden und extrahirt. Mit dieser Extraction schwanden die seit 20 Jahren bestandenen heftigen neuralgischen Kopfschmerzen, wogegen die Patientin seit längerer Zeit schon bis 6 Morphiuminjectionen täglich erhielt.

CHIARI-HANSZEL.

52) **Leiser** (Hamburg). **Zahn in der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. V.-B. No. 2. 1903.*

In einem unter der linken untern Muschel eingekeilten Nasenstein wird ein Milchschneidezahn vorgefunden, „dessen Krone mit dem sehr harten Nasenstein vollkommen incrustirt, dessen Wurzel zur Hälfte resorbirt ist". Das Gebiss war vollständig gewesen, woraus Vortr. schliesst, dass es sich um einen versprengten Zahnkeim handelte.

(Ref. möchte dieser Deutung gegenüber bemerken, dass ihm der Beweis nicht geliefert erscheint, dass der Zahn in die Nase gewachsen war. Sollte er nicht von dem Pat., wie es mit andern Fremdkörpern so oft geschieht, in die Nase gesteckt, dort zurückgehalten und incrustirt sein?)

ZARNIKO.

53) **Bauerreiss. Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. etc. No. 12. 1902.*

Aus der Habermann'schen Klinik zu Graz theilte B. zwei merkwürdige Fälle von Fremdkörpern der Nase mit, in dem einen Falle handelte es sich um mehrere Holzsplitter, in dem anderen war ein grosses Stück Gusseisen, das dem Kranken beim Platzen eines Böllers in die Nase gerathen war.

SCHECH.

54) **A. J. Montague** (Durham) und **Th. Lake** (London). **Ein Fall von Nasenstein. (A case of nasal calculus.)** *Lancet. 25. April 1903.*

Bei dem Patienten bestand seit 5 Jahren Nasenverstopfung. Lake entfernte den Stein, der ein Gewicht von circa 3g hatte und aus Kalk- und Phosphorsalzen bestand, die einen Kirschkern einhüllten. Wann dieser in die Nase hineingebracht worden war, liess sich nicht feststellen.

JAMES DONELAN.

55) **A. Sacher. Zur Casuistik der Nasensteine. (K kasuistike nosowich kamnei.)** *Wratsch. Gaz. No. 15. 1903.*

S. theilt einen Fall von Nasensteinbildung bei einem 16jährigen Mädchen mit.

Die Analyse des Steines ergab:

Wasser und org. Bestandtheile	20,00	pCt.
Phosphorsaurer Kalk . . .	76,43	„
Kohlensaurer Kalk. . . .	3,57	„

An die Mittheilung schliesst sich eine Besprechung der Literatur über die betreffende Frage an.

P. HELLAT.

56) **G. Cesare. Ein Fall von Fliegenlarven der Nasenhöhle. (Un caso di „myasis" della fosse nasali.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. April 1903.*

Als Verf. die 28jährige Patientin zuerst sah, fand er sie im Bett, schwer unter den furchtbarsten Kopfschmerzen leidend; sie athmete durch den Mund, da die Nase vollständig verstopft war. Allgemeinbefinden schlecht. Temp. 37,7°, Puls 90. Sie führte ihr Leiden auf eine vor 2 Monaten acquirirte Erkältung zurück, als sie auf einem Maisfeld eingeschlafen, von heftigem Regen überrascht worden war; seitdem besteht auch die Nasenverstopfung, dazu sind seit einigen Wochen auch die immer heftiger gewordenen Kopfschmerzen hinzugetreten. Unter Ausspülungen mit Lösung von Natr. salicyl. trat Besserung ein; nach einigen Tagen fanden sich in dem aus der Nase geschnaubten Secret zahlreiche kleine Würmer, die sich von dem Taschentuch aus über die Kopfkissen, Bettdecke etc. verbreiteten. Die Secretion hielt noch eine Zeit lang an und war höchst übelriechend. Unter Ausspülungen mit Thymollösung trat völlige Heilung ein. Die Würmer wurden mit Wahrscheinlichkeit als Larven von Lepidopteren erkannt.

FINDER.

57) **Calamida. Fliegenlarven in den Nasenhöhlen. (Miasi delle fosse nasali.)** *Giornale d. R. Academia di Medicina di Torino. September 1903.*

Die 31jährige Patientin leidet seit einigen Jahren an Kopfschmerzen, Nasenverstopfung, Anosmie, reichlicher Schleimabsonderung aus der Nase. Sie macht einen anämischen, leidenden Eindruck. Gelegentlich eines Nasenblutens hat sie bemerkt, dass zahlreiche kleine Würmer mit dem Blut zugleich aus der Nase herauskamen. Die Nasenschleimhaut erwies sich geröthet, geschwollen und mit schleimig-eitrigem Secret bedeckt.

Es werden eine Zeit lang Ausspülungen der Nase mit physiologischer Kochsalzlösung gemacht. Bei einer Epistaxis kamen wieder Würmer — diesmal in geringerer Menge — zum Vorschein. Es handelte sich um Larven von Sarkophaga carnaria. Nach längerer Zeit fortgesetzter Behandlung mit Nasenspülungen trat völlige Heilung ein.

FINDER.

58) **L. Réthi** (Wien). **Ein modificirter Nasenspiegel.** *Wien. med. Wochenschr. No. 12. 1902.*

R. liess die Branchen des Kramer'schen Speculums flacher gestalten, am Nasenende etwas auseinanderstehen und unmittelbar hinter genanntem Ende etwas dünner machen. Die Branchen gehen vom Griffe in 125° Winkel ab und wird das Speculum nur ungefähr $^3/_4$ cm weit in die Nase eingeführt, so zwar, dass die

beiden Blätter je an das Septum und den Nasenflügel zu liegen kommen. — Störende Vibrissae werden mit der Scheere entfernt.

CHIARI.

59) **Neufeld** (Posen). **Ein Nasenspeculum mit Vorrichtung für die sterile Tamponade der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. 1903.*

Die Vorrichtung besteht in einem an der untern Klappe des Beckmann-schen Speculums befestigten taschenförmigen metallenen Reservoir, das den Gazestreifen aufnimmt.

ZARNIKO.

60) **Edwin Vynchow. Eine neue mechanische Säge für intranasale Operationen. (A new mechanical saw for intra-nasal operations.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Die Säge wird durch einen maschinellen Mechanismus getrieben.

EMIL MAYER.

61) **J. Bercut** und **A. Donnat. Ein neuer Bohrer. (Un nouveau perforateur.)** *Académie des sciences. 2. October 1903.*

Das leicht in der Hand zu haltende Instrument soll die Elektromotoren und die Pedalmotoren ersetzen; es enthält ein Uhrwerk, durch das eine Axe in schnelle Rotation versetzt wird. An diese können nun verschiedene Instrumente, wie Fraisen, Sägen, Bohrer etc., angesetzt werden.

Der Vortheil des Instruments besteht darin, dass es wegen seiner Handlichkeit mit Leichtigkeit auch in der Wohnung des Kranken gebraucht werden kann. So kann man eine Höhle in einigen Secunden damit anbohren.

PAUL RAUGÉ.

62) **Müller** (Hagen). **Pincette zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase resp. Ohr.** *Allgem. Med. Centralzeitung. No. 10. 1903.*

Die Pincette ist dazu bestimmt, den Fremdkörper von hinten, anstatt von vorne zu fassen. Sie wird in geschlossenem Zustand neben dem Fremdkörper vorbeigeführt. Auf Nachlassen des Fingerdruckes fahren dann die Branchen auseinander und legen sich oberhalb und unterhalb des Körpers. Drückt man die Griffe leicht wieder zusammen und zieht langsam nach vorne, so fängt sich der Fremdkörper entweder zwischen den Armen oder vor den Häkchen und muss dem Zuge folgen.

SEIFERT.

c. Mundrachenhöhle.

63) **E. Toulouse** und **Cl. Vurpas. Der Mundreflex. (Le réflexe buccal.)** *Comptes rendus hebdomaires des séances de la Soc. de Biol. Tome LV. No. 25. p. 952. 1903.*

Verff. haben eine bisher unbekannte Muskelreaction beobachtet, die man durch mechanische Erregung des Orbicularis oris erzeugt. Es handelt sich dabei um einen wirklichen Reflex, welchen sie „le réflexe buccal" nennen. Er tritt auf, wenn man mit der Spitze eines Hämmerchens die mittlere Partie der Oberlippe percutirt und äussert sich so, dass beide Lippen sich nähern und sich vorwärts strecken. Der Reflex tritt nur in pathologischen Fällen auf, und zwar fast regelmässig bei allgemeiner Paralyse, organischer und seniler Demenz, alkoholischer

Intoxication. Häufig ist er bei Idiotie. Verff. halten ihren Reflex für einen wichtigen klinischen Beitrag bei dem Studium der Erkenntniss der genannten Krankheiten.

J. KATZENSTEIN.

64) **Georg Köster** (Leipzig). **Ein zweiter Beitrag zur Lehre von der Facialislähmung, zugleich ein Beitrag zur Physiologie des Geschmackes, der Schweiss-, Speichel- und Thränenabsonderung.** *Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LXXII.*

Aus der umfassenden Arbeit seien hier die Punkte erwähnt, die sich auf die Störungen der Speichelabsonderung, der Geschmacks- und der Gaumensegellähmung beziehen. Die Publication K.'s ist eine Ergänzung klinischer Beobachtungen und experimenteller Versuche, die Verf. 1900 in derselben Zeitschrift veröffentlicht hat. Die Speichelabsonderung ist fast stets gestört, die Prüfung derselben ist schwierig.

Um die Geschmacksstörung festzustellen, wurden Glycerin, Ac. citricum, 10proc. Kochsalzlösung, Pikrinsäure auf die vorgestreckte Zunge getupft. Der Kranke giebt nun mit dauernd vorgestreckter Zunge durch Hinzeigen auf eine mit den Schriftworten der vier Qualitäten beschriebene Tafel den empfundenen Geschmack an. Es ergaben sich dabei grosse Verschiedenheiten, theils völlige Vernichtung, theils schwächere Wahrnehmung aller Qualitäten, theils Ausfall einiger mit Erhaltung der anderen; theils völliges Erhaltenbleiben. Verf. schliesst daraus, dass für jeden Geschmack besondere Nervenfasern existiren.

Die Gaumensegellähmung ist von äusserst fraglichem Werth für die Localisation der Facialislähmung.

J. KATZENSTEIN.

65) **W. Berger. Ueber die Function der Speicheldrüsen bei Säuglingen. (O funkzii sljun. sheles w detei grudnowo wosrasta.)** *Dissertation. St. Petersburg 1900.*

B. tritt der Anschauung entgegen, dass im frühen Kindesalter die Speichelsecretion vollständig fehle. Sie beginnt schon vom ersten Tage an und enthält auch verhältnissmässig viel diastatisches Ferment.

Diese seine Anschauungen erhärtet Berger durch Untersuchungen an Lebenden und an Leichen. Ferner bestätigt er die Angabe, dass das Centrum der Speichelsecretion in der Gegend des Sulc. cruciat. und ein reflectorisches Centrum in der Medulla oblong. gelegen sei.

P. HELLAT.

66) **Joseph Marshall Flint. Die Entwickelung der Speicheldrüsen und des Pankreas und seine Entwickelung in der Glandula submaxillaris.** *Arch. f. Anat. (u. Physiol.). II., III. u. IV. H. S. 61. 1903.*

Die Parotis trägt eine ausgezeichnete Scheide oder Kapsel und ist in primäre und secundäre Läppchen eingetheilt. Die Septa, die die Gruppen von Läppchen umgeben, sind verhältnissmässig dick und fasciculär. Die grösseren Ausführungsgänge verlaufen im Centrum der primitiven Läppchen und die intralobulären Gänge und Gefässe nehmen denselben Verlauf in den secundären Läppchen. Diese werden von den Grenzmembranen umrahmt und bauen sich aus serösen Alveolen auf, die mit Basalmembranen aus feinen reticulären Fasern aus-

gestattet sind. Die Gänge und Gefässe besitzen viel elastisches Gewebe, während die intralobuläre Region spärlich damit versorgt ist.

Die Gl. submaxillaris baut sich aus gemischten Läppchen auf. Sie besitzt eine ausgeprägte Kapsel und ist in primäre und secundäre Läppchen eingetheilt, welche gruppenweise von deutlichen Septen umrahmt werden. Die Ausführungsgänge stehen im selben Verhältniss zu den Läppchen beider Ordnungen wie in der Parotis, doch unterscheiden sich die beiden Drüsen durch die Anwesenheit einiger mucöser Alveolen in der Submaxillaris. Diese sind grösser als die serösen und mit elastischen Membranen ausgestattet, welche die anderen Acini nicht besitzen. Sonst ähnelt das Fachwerk der Läppchen sehr dem der Parotis.

Die Gl. sublingualis trägt ähnliche Züge wie die beiden anderen. Sie besteht hauptsächlich aus acinösen Alveolen, welche ungefähr doppelt so gross sind wie die serösen. Zuweilen findet man auch einige gemischte Läppchen. Bis auf die Grösse verhalten sich die mucösen Läppchen architectonisch genau so wie die serösen und gemischten. Elastisches Gewebe findet sich in grösseren Mengen sowohl intra- wie extralobulär. Die reticulären Membranen der mucösen Alveolen unterscheiden sich von denjenigen der serösen Alveolen durch die Spalträume, die durch die Verdauung der hier vorhandenen elastischen Membranen entstehen.

Die Gl. infraorbitalis hat ein sehr zartes Skelet aus fibrösem Gewebe. Um die Alveolen herum findet man Kapsel, Septen und Basalmembranen. Elastisches Gewebe kommt nur in der Kapsel, den Septen und Gefässen vor.

J. KATZENSTEIN.

67) **D. Ottolenghi. Experimentelle Untersuchungen über die Transplantation der Submaxillardrüse. (Recherches expérimentales sur la transplantation de la glande salivaire sous-maxillaire.)** *Arch. Ital. de Biol. XXXIX. p. 18.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

68) **A. Morales Perez** (Madrid). **Klinische Fälle von Fremdkörpern. (Cases clinicos referentes á cuerpos extranos.)** *El Siglo Médico. No 1. Juni 1902.*

Verf. berichtet einen Fall von Fremdkörper, einen $1^1/_2$ g wiegenden Phosphatstein, der sich im Wharton'schen Gange festgesetzt hatte. Seine Entfernung geschah mittelst localer Anästhesie durch Cocain. R. BOTEY.

69) **H. Braun. Ueber Speichelsteine.** *Dissert. Leipzig 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

70) **F. Hanszel. Weiterer Beitrag zur Kenntniss der Sialolithiasis.** (Aus Prof. O. Chiari's k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten in Wien.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 1. 1903.*

Nach genauer Mittheilung dreier Fälle von Speichelsteinbildung wendet sich der Autor besonders der Frage der Aetiologie und der Differentialdiagnose zu. In Bezug auf erstere sprechen seine Fälle nicht für die bakterielle Entstehungsart dieser Concremente. Die Differentialdiagnose gegen andere entzündliche, namentlich aber gegen solide Tumoren ist in manchen Fällen schwierig und wären von

allen für Speichelsteinbildung sprechenden Symptomen nur folgende drei absolut verwerthbar:

1. die im Beginn der Erkrankung mehr oder weniger ausgesprochenen entzündlichen Erscheinungen;

2. periodisch wiederkehrende Schmerzen (Coliques salivaires), event. mit Symptomen von Speichelstauung,

3. Der häufige Wechsel in der Grösse des Tumors.

CHIARI.

71) **Rothmann** sen. (Berlin). **Angina Ludovici.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 15. 1903.*

Bei einer 21jährigen Patientin entwickelt sich im Verlauf von 2 Tagen eine brettharte, wenig schmerzhafte Infiltration der rechten Submaxillargegend mit Fiebererscheinungen. Es tritt Coma hinzu. Trotz schleuniger Operation (Tracheotomie, Eröffnung eines kleinen Drüsenabscesses am M. omohyoideus — Prof. F. Krause) Exitus.

ZARNIKO.

72) **Wiesinger** (Hamburg). **Zerstörung des Mundbodens durch einen entzündlichen Process.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 38. 1903.*

Osteomyelitis (?), Phlegmone des Mundbodens, Perforation des Kinns. Plastischer Verschluss. Heilung.

ZARNIKO.

73) **M. Ferrer** (Palma). **Ueber die expulsive Periodentitis. Klinische Betrachtungen. (De la periodentitis expulsiva. Consideraciones clinicas.)** *Revist. Balcar de Cienc. Medic. No. 490. 1902.*

Genannte Affection beobachtet man gewöhnlich bei Arthritikern. Bakteriologisch ist der Staphylococcus als Ursache anzuklagen. Nähere Auseinandersetzung der Behandlung der Affection.

R. BOTEY.

74) **R. Fischl. Hutchinson'sche Erosionen an Milchzähnen.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, 21. Februar 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 35. 1902.*

Bei einem aus luetischer Familie (bei den Geschwistern Lues sicher nachweisbar) stammenden $1^1/_2$jährigen Kinde fanden sich typische halbmondförmige Erosionen an den vier oberen Schneidezähnen. Nach Hutchinson haben diese Erosionen nur dann diagnostische Bedeutung, wenn sie an den bleibenden mittleren oberen Schneidezähnen sich vorfinden.

CHIARI-HANSZEL.

75) **K. Ernst. Zwei Zahncysten mit Jodoformplombe behandelt.** (K. k. Ges. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 5. Juni 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 24. 1903.*

In einem Falle bestand eine Unterkiefercyste, im anderen eine Cyste des Oberkiefers, welche die Highmorshöhle eingenommen hatte. Nach gründlichster Excochleation der Höhlen und Austrocknung derselben wurden sie mit der von v. Mosetig angegebenen Jodoformplombe ausgefüllt und die Weichtheile darüber durch Naht geschlossen. Auffallend kurzdauernder Heilungsverlauf ohne Reaction.

An der Discussion betheiligten sich u. A. O. Chiari, welcher diese Plombirungsmethode auch bei langwierigen Eiterungen in der Kiefer- und Stirnhöhle

versuchen wird, zumal auch die sog. Radicaloperation nach Luc-Caldwell keine sicheren Resultate giebt.

CHIARI.

76) **Erbstein. Häufigkeit und klinische Bedeutung der Erosion der Zähne. (Tschastata i klinit. snatschenie [subnich erosii].)** *Dissert. Petersburg 1903.*

Das Resumé der Arbeit gipfelt in folgenden Sätzen:

Unter 1504 Kindern war in 300 Fällen eine Erosion vorhanden oder ungefähr in 20pCt., auf Knaben entfielen 60,4 pCt., auf Mädchen 39,6 pCt.

Von allen diesen Fällen kamen auf die Milchzähne 80 pCt.

Am häufigsten werden die Schneidezähne betroffen.

Verf. sieht die Erosion als einen Ausdruck unregelmässiger Knochenbildung an, hervorgerufen durch Erkrankungen, hauptsächlich durch chronische Durchfälle in der Zahnbildungsperiode.

P. HELLAT.

77) **J. Champeret. Mal perforant der Mundhöhle. (Maux perforants buccaux.)** *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 3. December 1903.*

Verf. theilt eine Beobachtung mit, die einen Diabetiker betrifft, bei dem drei Perforationen am Oberkiefer entstanden: Die eine in der Gegend des Sinus, die zweite am Os intermaxillare, die dritte am harten Gaumen. Das Mal perforant kann in diesem Fall nicht eine Complication der Pyorrhoea alveolaris (Galippe) noch die Folge einer peripheren Neuritis (Baudet) sein, da die Zähne an den entsprechenden Stellen bereits ein Jahr vorher entfernt waren. Die Ursache muss also — ähnlich wie beim Mal perforant du pied — in einem Traumatismus gesucht werden, den hier wahrscheinlich die Alveolarschleimhaut beim Kauact erlitten hat.

PAUL RAUGÉ.

78) **P. Meissner. Beitrag zur Diagnostik syphilitischer Mundaffectionen.** *Med.-chirurg. Centralblatt. No. 29. 1903.*

Mittheilung eines Falles, bei welchem drei plaquesähnliche Schleimhautaffectionen angeblich durch Verdauungsstörungen erzeugt wurden und binnen kurzer Zeit ohne antiluetische Cur verschwanden.

CHIARI-HANSZEL.

79) **G. Trautmann. Zur Differentialdiagnose von Dermatosen und Lues bei den Schleimhauterkrankungen der Mundhöhle und oberen Luftwege mit besonderer Berücksichtigung der Hautkrankheiten als Theilerscheinungen.** *Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

80) **Oppenheim** (Wien.) **Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut.** *Monatsschr. f. pract. Dermat. Bd. 37. H. 11. 1903.*

In dem Falle von Oppenheim (53jähr. Mann) handelte es sich um eine universelle Psoriasis vulgaris der äusseren Haut. An der Mundschleimhaut fanden sich Plaques, die sich vom Bilde der Leukoplakie wesentlich unterschieden. Sie waren rund oder oval, scharf begrenzt, von grau- oder gelbweisser Farbe, ihre Oberfläche feindrüsig, ziemlich ulcerirt, auf normaler Schleimhaut aufsitzend, fast hellergross. Histologisch zeigten sie reichliche Lamellenauflagerung aus zu-

sammenhängenden, kernhaltigen Epithelzellen bestehend, die unmittelbar in die verbreiterte Epithelschicht übergehen; die Verbreiterung betrifft die intrapapillären, nicht die suprapapillären Schichten. Die Papillen verlängert, kleinzellig infiltrirt, Die Gefässe erweitert, die kleinzellige Infiltration betrifft nur die Oberfläche.

Auf Grund dieses klinischen und histologischen Befundes glaubt O. berechtigt zu sein, den betr. Fall als echte psoriatische Erkrankung der Mundschleimhaut hinzustellen.

SEIFERT.

81) **Guido Berghinz. Ueber die „Produzione sottolinguale" oder Riga'sche Krankheit. (Sulla produzione sottolinguale e malattia di Riga.)** *Rivista Veneta d. Scienze Mediche. November 1902.*

Bericht über einen im Verlauf einer schweren Bronchopneumonie bei einem 22 monatlichen Kinde auftretenden Sublingualtumor.

Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Granulom handelte. Das Kind war entwöhnt, so dass der gewöhnlich für die Entstehung dieser sublingualen Granulome angeschuldigte Act des Saugens fortfiel; dagegen glaubt Verf., dass die Reibung des Frenulum an den Schneidezähnen bei dem heftigen und anhaltenden Husten hier eine Rolle spielt.

FINDER.

82) **Samuel Amberg. Sublinguale Geschwulst bei Kindern. (Sublingual growths in infants.)** *American Journal Medical Sciences. August 1903.*

Bei einem 7 Monate alten Knaben fand sich ein ungefähr 1,5 cm im Durchmesser haltender Tumor unter der Zunge; er war von dieser völlig getrennt und sass mit breiter Basis am Frenulum. Er wurde mit der Scheere entfernt. Es ist dies der erste derartige in den Vereinigten Staaten publicirte Fall dieser in Italien so häufigen Krankheit. Die mikroskopische Untersuchung lässt keine Zweifel, dass es sich um eine entzündliche Neubildung handelt.

EMIL MAYER.

83) **Bernheim-Karrer** (Zürich). **Ueber ein sublinguales Granulom bei einem keuchhustenkranken Kinde.** *Wien. klin. Rundschau. No. 36. 1902.*

B. spricht die Vermuthung aus, das das sublinguale Granulom am Frenulum sich infolge der Pertussis gebildet habe.

CHIARI-HANSZEL.

d. Diphtherie und Croup.

84) **A. Delcourt. Ueber die Differentialdiagnose krankhafter Zustände, welche den diphtherischen Croup vortäuschen. (Du diagnostic différentiel des états morbides simulant le croup diphtérique.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 8. 1903.*

Die Autor bespricht zuerst die Symptome des diphtheritischen Croups, welche er je nach ihrer Evolution in 3 Perioden eintheilt:

1. Periode mit leichtem Halsweh und rauher Stimme als Hauptsymptom.

2. Periode mit Temperatursteigerung, Anfällen von rauhem bellendem Husten, geringer Respirationsbehinderung, aber nie vollständiger Remission nach den Anfällen;

3. Periode: Kampf gegen die Asphyxie; Eingezogensein der Supra- und Infrasternalgegenden, pfeifende Respiration etc.

Dann geht er vergleichsweise über auf

1. den Stridor der Neugeborenen;
2. Die Laryngitis stridulosa;
3. mit spasmodischen Kehlkopferscheinungen complicirte Lungenaffectionen, welche ein dem diphtheritischen Croup ähnliches Bild vortäuschen können; diesbezüglich führt er a) eine Beobachtung an von Lungentuberculose mit Glottiskrampf, welche mit Intubation behandelt, b) eine Bronchopneumonie mit Tirage, welche unter der Diagnose „diphtheritischer Croup" ins Spital aufgenommen worden war;
4. Fremdkörper der Respirationswege;
5. adenoide Wucherungen und Mandelhypertrophien, unter Mittheilung eines einschlägigen Falles.

Zum Schluss betont er noch, dass, wenn ein diagnostischer Irrthum begangen werde, welcher sich manchmal sehr schwer vermeiden lasse, die Folgen davon weniger zu bedeuten haben, wenn die Intubation der Tracheotomie vorgezogen wurde.

BAYER.

85) **Wm. G. Dice. Membranöser Croup. (Membraneus croup.)** *Toledo Medical and Surgical Reporter. Februar 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

86) **Brase** (Eilenburg). **Die Behandlung des Croup in der allgemeinen Praxis.** *Der pract. Arzt. 10. 1903.*

Die Frage, ob der practische Art in den Fällen, wo er die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf nichtdiphtheritischen Croup stellte, ohne Diphtherie ausschliessen zu können, Serum injiciren solle oder nicht, beantwortet Br. dahin, dass er in allen Fällen einspritzen soll, wenn seiner Anschauung nach das Serum sehr wirksam und unschädlich ist. Die Tracheotomie empfiehlt er für den praktischen Arzt für ältere, noch leidlich kräftige Kinder und wo die Lungen frei sind.

SEIFERT.

87) **Marfan** (Paris). **Diagnose und Behandlung des Croup. (Diagnostic et traitement du croup.)** *Bulletin médical. 9. December 1903.*

Eine klassische und klare Auseinandersetzung des gegenwärtigen Standes unserer Kenntnisse und Ansichten.

PAUL RAUGE.

88) **Adolf O. Pfingst. Serumtherapie bei Kehlkopfdiphtherie. (Serum therapy in laryngeal diphtheria.)** *Memphis Medical Monthly. September 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

89) **Sippel** (Stuttgart). **Bericht über 100 Intubationen bei diphtheritischer Larynxstenose.** *Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 4., 5. 1903.*

Im Zeitraum von $1^1/_2$ Jahren kamen 360 Diphtheriefälle in der Olgaheilanstalt zur Aufnahme, darunter 196 Larynxstenosen, von welchen 78 unter Ein-

wirkung des Heilserums und eines Dampfsprays ohne operativen Eingriff zurückgingen. Von 100 Intubirten starben 10 = 10 pCt., von 9 secundär tracheotomirten Kindern starben 4, von den 91 Fällen reiner Intubation starben 6 = 6,6 pCt. Verhältnissmässig gute Resultate von der Intubation sah Sippel bei Kindern im 1. Lebensjahr, bei welchen die Tracheotomie erfahrungsgemäss wenig günstige Ergebnisse liefert. In der Privatpraxis wird die Intubation nur mit Auswahl der Fälle und grosser Vorsicht anzuwenden sein.

SEIFERT.

90) **Fielding Lewis Taylor. Practische Fingerzeige für die Kehlkopfintubation bei Croup mit Bericht über 36 Fälle. (Practical points on intubation of the larynx for croup, with a report of thirty-six cases.)** *N. Y. Medical Journal. 4. April 1903.*

Nicht Neues.

LEFFERTS.

91) **Burt Russell Shurly. Tuben für prolongirte Intubation. (Prolonged intubation tubes.)** *Journal American Medical Association. 11. Juli 1903.*

Verf. bezeichnet alle Fälle, in denen die Tube länger als 6 Tage getragen werden muss, als solche von prolongirter Intubation. Es sollen nur Hartgummi-Röhren gebraucht werden. In Fällen von Reinfection oder Persistiren der Membranen sollen grosse Dosen Antitoxins angewandt werden; auch sind grosse Strychnindosen von Werth. Bei jeder Reintubation sollen dünnere mit Alaungelatine bestrichene Tuben eingeführt werden. Tracheotomie soll nie vorgenommen werden, solange Intubation möglich ist.

LEFFERTS.

92) **Henry H. Berg. Chronische postdiphtherische Kehlkopfstenose als ein Grund für andauernde Kehlkopfintubation. (Chronic postdiphtheric laryngeal stenosis as a cause of persistent intubation of the larynx.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1903.*

Verf. hat seine Erfahrungen auf den vom 1. Januar 1901 bis 1. April 1903 im Parker-Hospital beobachteten Fällen aufgebaut. Die Gesammtzahl der Intubationen betrug 578; die Zahl der Heilungen belief sich auf 221 und die Zahl der Fälle, in denen die Tube weiter getragen werden musste, auf 17. Drei von diesen Fällen wurden auswärts weiter behandelt; von den restirenden 14 starben 5, als geheilt entlassen wurden 7 und 2 befinden sich noch in Behandlung. Verf. ist der Ansicht, dass nur das ursprüngliche O'Dwyer'sche Intubationsbesteck allen Anforderungen entspricht, und dass manche der sogenannten Verbesserungen direct gefährlich sind. Die eine fortgesetzte Behandlung erfordernden Fälle theilt er in folgende Gruppen: 1. Solche, in denen dieselben Bedingungen, welche die erste Intubation nothwendig gemacht haben, über die gewöhnliche Zeitdauer hinaus anhalten und so eine protahirte Stenose verursachen. 2. Fälle, in denen die andauernde Stenose durch pathologische Zustände bedingt sind, die nach oder während der ursprünglichen Intubation sich herausgebildet haben und die etwas anderes sind, als der diphtherische Process, um den es sich ursprünglich handelte. Dabei kann es sich entweder um eine insultirende Wirkung der Tube auf das Gewebe handeln, oder um Traumen, die der Operateur während der In- oder Ex-

tubation gesetzt hat. 3. Lähmungen der Stimmlippen und zwar vorübergehende oder andauernde. Verf. hat die Fälle, die den Gruppen 2 und 3 angehören, zum Gegenstand seines Studiums gemacht. Er erörtert genau die häufigste Ursache der andauernden Stenose, den Decubitus, und wendet sich dann zu den von dem Operateur verschuldeten Stenosen, bei denen der Gebrauch ungenügender Intubationsinstrumente eine grosse Rolle spielt. Nach seinen Erfahrungen sind ungefähr 60 pCt. der Fälle von „persistenter Intubation" heilbar; ist die Stenose auf Stimmbandlähmung zurückzuführen, so ist die Prognose gewöhnlich schlecht.

LEFFERTS.

93) **Notiz des Herausgebers. Der Fortschritt der Intubation. (The progress of intubation.)** *Archives of Pediatrics. October 1903.*

Verf. betont die Gefahr, die in der Anwendung ungeeigneter Instrumente liegt. Die Intubation auf Kosten der Tracheotomie gewinnt in Europa immer mehr Boden, in England freilich ziemlich langsam.

EMIL MAYER.

94) **John A. Thompson. Tracheotomiecanüle drei Jahr und 4 Monate getragen. (Tracheotomy tube retained 3 years and 4 months.)** *Cincinnati Lancet-Clinic. Juni 1903.*

Die Tracheotomie war ursprünglich wegen diphtherischer Stenose gemacht worden; später mussten unter Chloroformnarkose grosse Mengen von Granulationen entfernt werden und es wurde eine Intubationsröhre eingelegt. Heilung.

EMIL MAYER.

95) **W. Pipping** (Helsingfors). **Ueber das Auftreten von Störungen nach Tracheotomie beim Croup. (Om forekomsten af störingar efter trakeotomi vid kroup.)** *Finska Läkaresäll. Handl. Bd. XLV. No. 4. 1903.*

Verf. hat dem späteren Schicksal 67 wegen Croup einst tracheotomirten Patienten aus Finland nachgeforscht und gefunden, dass 7 an Krankheiten, die gar nichts mit der Tracheotomie zu thun hatten, gestorben sind. Von weiteren 6 konnte nur constatirt werden, dass sie lebten. Von den restirenden 54 wurde festgestellt, das 30 vollständig gesund waren, dass 20 an leichteren Störungen der Athmungsorgane (Heiserkeit, Stridor und bisweilen Dyspnoe) litten und dass nur in 3 Fällen schwerere Störungen (Trachealfistel 1, chronische Pneumonie 1, Lungentuberculose 1) constatirt werden konnte.

E. SCHMIEGELOW.

96) **Marfan. Bronchialdiphtherie. Tracheotomie. (Diphtérie bronchique; trachéotomie.)** *Société de Pédiatrie. November 1903.*

M. zeigt eine croupöse Membran, die einen vollständigen Ausguss des Bronchialbaums darstellt und die von einem. tracheotomirten Kinde ausgehustet worden ist. Die Intubation hatte in diesem Fall nur eine Zunahme der Asphyxie zur Folge gehabt. M. benutzt diesen Fall, um darzulegen, dass man stets zur Tracheotomie schreiten soll, wenn man mit der Intubation nicht eine unmittelbare Besserung erzielt.

PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

97) **Alb. Sundholm** (Finland). **Ein Fall von angeborenem Diaphragma laryngis. (Ett fall af medfödt diafragma laryngis.)** *Finska Läkaresällskapets Forhandlingar. p. 184. Februar 1902.*

Bei einem 20jährigen Mädchen wurde ein membranartiges Diaphragma zwischen den vorderen $^4/_5$ der Stimmbänder gefunden. Seit frühester Kindheit ist die Stimme etwas heiser geworden und bei körperlicher Anstrengung hat Patientin Athemnoth gespürt. Mittels Messer und Fränkel's Zange wurde die Membran entfernt.

E. SCHMIEGELOW.

98) **William Ledlie Culbert. Bericht über einen Fall von Epiglottisabscess. (Report of a case of epiglottic abscess.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1903.*

Der Abscess wurde mit einer Aneurysmanadel geöffnet. Secundär waren die Cervicaldrüsen betheiligt.

EMIL MAYER.

99) **Halle** (Berlin.) **Infectiöser Thrombus im linken Stimmbande bei Pyämie.** *Berl. klin Wochenschr. No. 21. 1902.*

Demonstration des Präparates in der Berliner medic. Gesellschaft.

ZARNIKO.

100) **Sacher. Zur Casuistik und Diagnostik des Herpes laryngis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1903.*

Mittheilung zweier Fälle, die nichts Neues bieten.

SCHECH.

101) **Joh. Fein. Keratosis circumscripta laryngis.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 8. 1903.*

Mittheilung zweier Fälle, bei denen sich an umschriebenen Stellen der Stimmbänder schneeweisse scharf abgegrenzte Flecken, mässig erhaben, mattglänzend und etwas uneben vorfanden. In beiden Fällen bestand gleichzeitig eine chronische diffuse Röthung der ganzen Larynxschleimhaut mit Schwellung der Stimm- und Taschenbänder. Nach Abtragung mit der Zange erschienen die Flecken wieder; die mikroskopische Untersuchung ergab vollkommene Verhornung der obersten Schleimhautschichten mit Riffelzellenbildung. In dem zweiten Falle von Fein verschwanden die weissen Flecken durch Bepinselung mit 10 pCt. alkoholischer Salicylsäurelösung, welche auch in dem andern Fall das Recidiviren der Flecken hintan hielt. Aehnliche, d. h. in die Gruppe der Verhornungsprocesse gehörige Fälle sind von Jurasz, Choronshitzky und Juffinger beschrieben worden; mit der fleckweisen Kehlkopfentzündung von B. Fränkel, Glatzel und E. Richter haben die Fälle von Fein nichts zu thun.

SCHECH.

102) **Wiesinger. Ueber Lupus des Kehlkopfes.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 33. 1903.*

Demonstration eines Präparates in der biolog. Abtheilung des ärztl. Vereins Hamburg; die 30jährige Frau war wenige Tage nach ihrer Aufnahme an Tuber-

culose resp. Herzschwäche gestorben. Auch Fränkel demonstrirte einige Präparate von Lupus laryngis, betont aber die Schwierigkeit der klinischen Diagnose, namentlich die mögliche Verwechselung mit Lues.

SCHECH.

103) **L. Neufeld** (Berlin). **Tuberculöse Kehlkopfgeschwülste.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 1. 1903.*

2 Fälle. In dem einen sass der Tumor ziemlich breitbasig der hinteren Kehlkopfwand über dem rechten Aryknorpel auf; in dem andern sass er gestielt am Rande der rechten Stimmlippe zwischen vorderem und mittlerem Drittel. Zur Zeit der Operation waren daneben Ulcerationen vorhanden.

ZARNIKO.

104) **Niels Godskesen** (Kopenhagen). **Die Kehlkopftuberculose während Gravidität und Geburt. (Strubetuberkulosen under Svangerskab og Födsel.)** *Hospitalstidende. 13. Mai 1903.*

Die Arbeit ist in Fränkel's Archiv für Laryngologie 1903, Bd. XIV, publicirt.

E. SCHMIEGELOW.

105) **Emil Mayer. Perichondritis des Kehlkopfes mit Bericht eines Falles. (Perichondritis of the larynx with report of a case.)** *N. Y. Medical Record. 25. Juli 1903.*

Betrifft den Fall von Perichondritis nach Typhus, über den Verf. auf der 25. Jahresversammlung der Amerik. Laryngol. Gesellschaft berichtet hat. Cfr. Centralblatt XX. S. 108.

LEFFERTS.

106) **Ponthière** (Charleroi). **Die Kehlkopftuberculose und das Denys'sche Tuberculin. (La tuberculose du larynx et la tuberculine de Denys.)** *Annales des Mal. de l'oreille, du larynx etc. August 1903.*

Verf. kommt auf Grund von drei Beobachtungen zu dem Ergebniss, dass das Denys'sche Tuberculin für diese Fälle als Präventiv- wie als Heilmittel geeignet ist.

E. J. MOURE.

107) **J. Price Brown. Ein Fall von tuberculöser Kehlkopfstenose mit Tracheotomie behandelt. (A case of tubercular laryngeal stenosis treated by tracheotomy.)** *Canadian Journal of Medicine and Surgery. August 1903.*

Obwohl Pat. 6 Monate nach der Operation noch die Canüle trägt, hat sich sein Allgemeinzustand erheblich gebessert.

EMIL MAYER.

108) **J. Price Brown. Ein Fall von tuberculöser Kehlkopfstenose. (A case of tubercular laryngeal stenosis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1903.*

Der Bericht betrifft wohl denselben Fall, wie die unter der vorigen No. referirte Arbeit desselben Verf.'s und lautet 9 Monate nach der Operation dahin, dass Pat. bei zugehaltener Canüle verständlich spricht, gut isst und schläft, 140 Pfd. wiegt. Im Auswurf keine Tuberkelbacillen. Die Infiltration der Epiglottis ist erheblich zurückgegangen.

EMIL MAYER.

109) **Maget** und **Plante. Ueber die Behandlung der bakteriellen Erkrankungen der oberen Luftwege, besonders der tuberculösen Laryngitis mittels Sauerstoffdämpfe. (Du traitement des affections microbiennes des voies respiratoires, en particulier de la laryngite tuberculeuse, par les vapeurs oxygénées.)** *Annales des maladies de l'oreille, du larynx etc. p. 97. 1903.*

Der Titel besagt, worum es sich handelt. E. J. MOURE.

110) **Imhofer** (Prag). **Die Behandlung der Kehlkopftuberculose.** *Prager med. Wochenschr. No. 28 u. 30. 1903.*

Besprechung sämmtlicher bei Larynxphthise angerathener Maassnahmen. J. tritt für die von Krause empfohlene Combination von Curettement und Milchsäurebehandlung ein und lässt auch schlechtes Allgemeinbefinden und vorgeschrittene Lungenaffection nicht als Contraindication gelten (was mit unseren Erfahrungen nicht im Einklange steht. Anmerkung des Referenten.) CHIARI.

111) **Grünwald. Die Galvanokaustik in Form des Einstiches zur Therapie der Kehlkopftuberculose.** *Münch. med. Wochenschr. No. 25. 1903.*

Empfehlung des feinen Platinspitzbrenners, der nach vorheriger Anästhesirung des Kehlkopfes glühend unter leichtem Druck in das tuberculös infiltrirte Gewebe eingesenkt wird; Dauer 5—10 Secunden. Die Reaction ist sehr gering; die Schrumpfung der Tiefeninfiltrate erfolgt häufig unmerklich; manchmal wird ein nekrotischer Pfropf ausgestossen. Diffuse Infiltrate sowie perichondritische und chondritische Necrotisirungsprocesse sind von dieser Behandlung auszuschliessen. SCHECH.

112) **T. C. Gittings. Oedema glottidis. (Oedema of the glottis.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Juli 1903.*

Verf. kommt bei seinen Betrachtungen zu folgenden Schlüssen: Einfaches Kehlkopfödem kommt gewöhnlich bei Kachexien, besonders Herz- und Nierenkrankheiten vor. Entzündliches Oedem entsteht per contiguitatem von andern entzündeten Theilen her, ferner als eine locale Complication bei Erysipel, Pocken, Masern, Scharlach, Influenza etc. oder als ein Resultat hoher Grade von Entzündung bei einfacher acuter Laryngitis. Bakteriologische Untersuchungen würden wahrscheinlich einen Streptococcus als den häufigsten Erreger ergeben. Traumen des Kehlkopfs können desgleichen zu einem Oedem führen. Unter den selteneren Ursachen des Oedems sind angioneurotische Störungen, sowie Blutkrankheiten, wie Purpura, Scorbut anzuführen. Die Prognose ist schlecht in allen Fällen, wo das Oedem im Verlauf von chronischen Kachexien und bei schweren Formen von acuten Infectionskrankheiten auftritt. Behandlung mittels Intubation bringt selten Erleichterung, ausser bei subglottischer Schwellung. In extremen Fällen ist die Tracheotomie absolut erforderlich. Ständige Inhalationen von medicamentösen Dämpfen sind stets zu versuchen, auch kann man Scarification probiren. LEFFERTS.

113) **H. T. Dupuy. Kehlkopfcomplicationen beim Typhus; Bericht über einen Fall. (Laryngeal complications in typhoid fever; report of case.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. September 1903.*

Bei einer 20jährigen Typhuskranken stellten sich eines Morgens in der vierten Krankheitswoche Zeichen von Dyspnoe ein. Durch Inhalation von Adrenalinlösung 1 : 1000 nebst innerlicher Darreichung von Adrenalin bekam sie für 36 Stunden Erleichterung. Dann musste die hohe Tracheotomie ausgeführt werden. Vier Stunden später profuse secundäre Blutung durch subcutane Injection von Adrenalinlösung zum Stillstand gebracht. Nächsten Tag Collaps, erfolgreich durch Alcohol und Strychnin bekämpft. Eine Woche später konnte die Canüle entfernt werden und Pat. wurde geheilt. Die Diagnose lautete auf submucöse Laryngitis ohne Perichondritis.

EMIL MAYER.

114) **Egidi. Secundäre Kehlkopfaffectionen nach acuten Infectionskrankheiten. (Laringopatie secondarie di morbi acuti infettivi.)** *Bollett. d. Malattie dell' orecchio della gola e del naso. December 1903.*

Verf. bespricht die bei Diphtherie, Typhus, Masern, Pocken, Scharlach, Erysipel vorkommenden Kehlkopfscomplicationen, ihre Diagnose, Prognose und Behandlung.

FINDER.

115) **Arthur D. Duch. Die operative Behandlung der Kehlkopfstenose. (The operative treatment of stenosis of the larynx.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Mai 1903.*

Ungefähr 1 pCt. der wegen acuter Larynxstenose Intubirten behält die Tube, was in der Mehrzahl der Fälle auf chronische Entzündung der Kehlkopfschleimhaut und Hyperplasie des submucösen Gewebes und nicht, wie man allgemein glaubte, auf Granulationsbildung, Ulceration oder Narbenbildung zurückzuführen ist. Autoextubation ist in diesen Fällen die Regel und bildet eine grosse Gefahr, so dass es rathsam ist, zur Sicherheit die Tracheotomie zu machen. Wo hohe Tracheotomien gemacht sind, bilden sich fast immer oberhalb der Tracheotomiewunde im unteren Theil des Kehlkopfs oder in der Luftröhre Narbenstränge. Was die Behandlung betrifft, so soll unter Anästhesie die grösste Tube, die möglich ist, eingeführt werden. Bei Contraction soll man mit dünnen Tuben beginnen und schnell zu stärkeren übergehen, bis man zu derjenigen gelangt ist, die man liegen lassen kann. Diese soll man zunächst, ohne sie herauszunehmen, sechs Wochen in situ lassen und dann, wenn sich herausstellt, dass die Cur nicht beendet ist, soll man sie für weitere 6 Wochen einführen.

LEFFERTS.

116) **S. Long. Ein Fall von Kehlkopfstenose nach Tracheotomie; intermittirende Intubation während 129 Tage; Heilung. (A case of laryngeal stenosis following tracheotomy; intermittent intubation for 129 days; recovery.)** *Lancet. 25. Juli 1903.*

Bei dem 6jährigen Patienten musste trotz reichlicher Anwendung von Antitoxin am 29. August 1902 die Tracheotomie gemacht werden. Beim Versuch die Canüle nach 13 Tagen zu entfernen, trat Asphyxie ein. Es wurde Intubation vorgenommen und die Tube wurde mit Unterbrechungen bis 20. Februar 1903

getragen. Die Stimme war noch rauh und die Athmung oft beschwerlich. Die Stenose bestand augenscheinlich in Höhe des Ringknorpels und war mit Wahrscheinlichkeit auf den Nichtgebrauch des Kehlkopfs während der Zeit, wo die Tracheotomiecanüle getragen wurde, zurückzuführen.

ADOLPH BRONNER.

117) **O. Kahler. Klinische Beiträge zur Behandlung der Narbenstenosen des Larynx.** (Aus der k. k. Univ.-Klinik für Kehlkopf- und Nasenkrankheiten des Prof. O. Chiari in Wien.) *Wien. klin. Rundschau. No. 20 u. 21. 1903.*

Für die echten fibrösen Narbenstenosen, wie solche durch circuläre Narbenbildung oder durch Perichondritiden nach Typhus, Lues etc. zu Stande kommen, erweist sich die mechanische Dilatationsbehandlung als das klassische Verfahren, wogegen die operative Therapie im Allgemeinen schlechte Resultate giebt. Vorführung von 16 Krankheitsskizzen. Die Dilatation wurde in diesen Fällen meist mit den Schrötter'schen Hartgummiröhren und den Zinnbolzen ausgeführt. In 4 Fällen wurde zur Erhaltung des durch die Dilatation erreichten Lumens mit gutem Erfolge die Schornsteincanüle angewendet.

CHIARI-HANSZEL.

118) **Ritter. Larynxstenose durch Granulationen.** (Verein deutscher Aerzte in Prag.) *Wien. med. Wochenschr. No. 43. 1903.*

Ein vierjähriger Knabe wurde wegen diphtheritischer Larynxstenose intubirt. Vom Tubendecubitus entwickelten sich Granulationen, welche stets eine neue Stenose bedingten. Durch die Tracheotomiewunde Entfernung der Granulationsschichte, sodann Intubation und Bougierung. Heilung.

CHIARI-HANSZEL.

119) **Niehues** (Berlin). **Ueber die Behandlung von Larynxstenosen und Trachealresection.** *Deutsche med. Wochenschr. Vereinsbeil. No. 37. 1903.*

Bericht über drei auf der Bonner chirurgischen Klinik beobachtete Fälle. Es bestanden Kehlkopfstenose, die durch Knorpelnekrosen, zum Theil verbunden mit Ankylosen des Crico-arytaenoidgelenks, entstanden waren. Sie wurden operativ beseitigt (durch Resection des Ringknorpels und Anheftung der Trachea an den Schildknorpel; durch Implantation von Rippenknorpelstücken in den gespaltenen Ringknorpel und in den Trachealdefect).

Im Anschluss daran stellt Pels-Leusden (Berlin) zwei Patienten vor, die in der Klinik König's auf ähnliche Weise operirt wurden.

ZARNIKO.

f. Schilddrüse.

120) **A. Christiani. Transplantation von Schilddrüsengewebe in transparente Theile. (Transplantation du tissu thyroïdien dans des régions transparentes.)** *Comptes rendus de la Société de Biologie. Bd. LV. p. 679. 30. Mai 1903.*

Das Thyreoidgewebe wurde in die Ohrmuschel transplantirt. Die Feinheit der Haut und die Durchsichtigkeit dieser Region ermöglichen es, besonders beim weissen Kaninchen, die Entwickelung des eingepflanzten Gewebes zu verfolgen.

J. KATZENSTEIN.

121) **George Carpenter. Ein Fall von primärer acuter Thyreoiditis bei einem Kinde. (A case of acute primary thyroiditis in an infant.)** *Reports of the study of disease in children. Vol. III. p. 157. London 1903.*

Der Patient war ein Knabe von 14 Monaten und litt an Rhachitis. Die Geschwulst am Halse war von der Grösse einer Walnuss und über der Luftröhre an der Stelle der Schilddrüse gelegen. Sie war grösser an der linken als an der rechten Seite und bewegte sich beim Schlucken. Die Haut über der Geschwulst war ganz beweglich und von normalem Aussehen. Temperatur 38,8 ° C., Puls 125, regelmässig und von vollem Volumen. Die Kehle war normal und es zeigte sich kein Zeichen von Compression der Luftröhre oder des Kehlkopfes. Der Nasenrachenraum enthielt Adenoide. Eine Woche nach dem Anfall bildete sich ein Geschwür, das chirurgisch behandelt wurde. Genesung erfolgte. Eine Vorgeschichte von Masern, Diphtherie, Typhus, Peritonitis u. s. w. gab es nicht.

Nach C.'s Erfahrung kommt acute Thyreoiditis sehr selten vor.

DAN McKENZIE (F. SEMON).

122) **Léopold Deleuil. Ueber Thyreodectomie bei acuter eitriger Thyreoiditis. (De la thyroïdectomie dans les thyroïdites aiguës suppurées.)** *Thèse de Lyon. 1903.*

Bisher hat man bei der acuten Entzündung der Schilddrüse noch nicht die Abtragung des Organs ausgeführt. Jedoch ist diese Operation z. B. indicirt bei der retrosternalen Thyreoiditis. Sie kann während der Entzündung ausgeführt werden oder nach Ablauf derselben, um die fibrösen Neubildungen oder die Fisteln, die aus der Eiterung resultiren, zu beseitigen.

PAUL RAUGÉ.

123) **G. Olmstead. Die operative Behandlung des Kropfes. (The operative treatment of goitre.)** *N. Y. Medical Journal. 4. April 1903.*

Verf. berichtet über 12 im verflossenen Jahre von ihm operirte Fälle von Struma. Er macht detaillirte Angaben über die von ihm befolgte Technik. In Bezug auf die Indication hat er ganz die Ansichten Kocher's sich zu eigen gemacht.

LEFFERTS.

124) **Herbert A. Bruce. Erfolgreiche Operation in vier Fällen von Struma in septischem Zustand. (Successfull operation upon four cases of goitre in a septic condition.)** *Dominian Medical Monthly. August 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

125) **Geo. A. Bringham. Die operative Behandlung des Kropfes. (The operative treatment of goitre.)** *Canadian Practitioner and Review Dominian Medical Monthly. August 1903.*

B. betont, dass die Operation der Struma zu ernst ist, als dass man berechtigt wäre, sie nur aus ästhetischen Gründen vorzunehmen: sie ist nur da am Platze, wo sie durch die Beschwerden des Patienten indicirt ist. Verf. hat 33 Fälle operirt, darunter waren 3 bösartige Strumen und 2 Morbus Basedow. Das unmittelbare Resultat war in allen Fällen gut.

EMIL MAYER

126) **Lucas Championnière** (Paris). **Thyreodectomie wegen Kropf. (Thyreidectomie pour goitre.)** *Société de Chirurgie. 29. November 1903.*

Es handelte sich um die Exstirpation eines Kropfes, der einen substernalen Ausläufer hatte. Die Operation bot grosse Schwierigkeiten. Die Struma war so fest mit der Trachea verwachsen, dass beim Versuch der Loslösung diese einriss; sie wurde sofort genäht. Eine heftige Bronchitis zeigte die Ruptur der Trachealnaht an; schliesslich trat spontane Vernarbung ein. PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

127) **Jungnickel** (Saaz). **Ein seltener Fall von Oesophagusstrictur.** *Prager med. Wochenschr. No. 38. 1903.*

18jähriger Gymnasiast überstand vor 3 Jahren Typhus, war später vollständig gesund, bis er vor einem Monate an Diphtherie erkrankte. Nach einer Seruminjection schwanden die Schling- und Sprechbeschwerden. Zwei Wochen hierauf Symptome einer Oesophagusstenose. Mittelst Sonde wurde eine Strictur in 18 cm und eine zweite in 30 cm Tiefe constatirt. Da bei der Sondirung Schmerzen und Blutung auftraten, Oesophagotomie. Leistenförmige Narbe. Als Ursache der Stricturbildung wurde Diphtherie angenommen. CHIARI.

128) **Alois B. Graham. Oesophagusstenose. (Stenosis of the oesophagus.)** *Indiana Medical Journal. September 1903.*

Man soll bei Exploration von Speiseröhrenverengerungen sich der grössten Vorsicht befleissigen. Die für die Behandlung vom Verf. aufgestellten Regeln bieten nichts Neues. EMIL MAYER.

129) **Teleky. Laugenverätzungen der Speiseröhre.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 6. November 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 46. 1903.*

T. hält die für den Kleinhandel mit Aetzlaugen geltenden Vorschriften für ganz ungenügend. Empfehlenswerth wäre ein Verbot, höher concentrirte Laugen im Kleinhandel zu verkaufen, ferner die Bestimmung der obligatorischen Blaufärbung sämmtlicher Laugen und der Etikettirung der Gefässe von bestimmter Form.

Mit der Bougierung der Stricturen solle erst nach 2—3 Monaten begonnen werden, im Allgemeinen möge überhaupt weniger bougiert werden, in mittelschweren und schweren Fällen solle man Thiosinamin versuchen und eventuell zur Gastrostomie schreiten. CHIARI.

130) **R. Sievers** (Finland). **Zur Kenntniss der idiopathischen Oesophagusdilatationen. (Till kännedomen om den idiopathiska oesophagusdilatationen.)** *Finska Läkaresällskapetts Handlingar. Januar 1903.*

Ein klinisch beobachteter Fall obengenannter Krankheit bei einem 31jährigen Manne, dessen Oesophagus in seinem untersten Halbtheil derartig erweitert war, dass der Oesophagus einen Liter Flüssigkeit enthalten konnte. Ursache unbekannt. E. SCHMIEGELOW.

131) **Stark. Ueber Aetiologie diffuser Speiseröhrenerweiterung.** *Wien. klin. Rundschau. No. 26 u. 27. 1903.*

Auf Grund seiner Beobachtung kommt St. zu dem Resultate, dass bis jetzt nur eine Form von diffuser Oesophaguserweiterung, und zwar die spasmogene diffuse Dilation sichergestellt sei. Das Studium der Voraussetzung für das Zustandekommen einer Dilatation, des feineren Mechanismus derselben ist nur am Thierexperiment fruchtbringend.

CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Chiari, Die Krankheiten der oberen Luftwege. II. Theil: Die Krankheiten des Rachens. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1903.

Der zweite Theil des Chiari'schen Werkes behandelt die Rachenhöhle und ihre Erkrankungen. Seiner Neigung und seinen Traditionen entsprechend, hat der Verfasser die Anatomie und die Entwickelungsgeschichte der Rachengebilde mit besonderer Ausführlichkeit erörtert. Die Darstellung dieser etwas verwickelten Verhältnisse, erfreut sich einer guten Uebersichtlichkeit und Klarheit. Die Abhandlungen über die Physiologie, über die allgemeine Pathologie und Therapie, entsprechen ebenso wie das Capitel über die Untersuchungsmethoden, der grossen Erfahrung ihres Autors. Bei den entzündlichen Affectionen unterscheidet Chiari streng zwischen Erkrankungen katarrhalischer und infectiöser Natur, obgleich er (S. 82) selbst zugiebt, dass die Trennung zwischen diesen beiden Krankheitsgruppen „nicht mit aller Folgerichtigkeit durchgeführt werden kann, und zwar ebenso wenig vom Standpunkt der Aetiologie, als vom Standpunkt der Klinik". Es will Ref. aber scheinen, als ob Chiari hier sich mit der modernen Auffassung von dem Wesen und der Bedeutung der Infectionsträger etwas in Widerspruch setzt. Dem Referenten will es nicht recht einleuchten, dass die schwere Form von Amygdalitis acuta katarrhalis, die Chiari S. 84/85 schildert und die mit grosser Schmerzhaftigkeit, entzündlicher Schwellung der Mandeln und der benachbarten Drüsen, mit schleimig-eitrigem Secret und hohem Fieber bis 41° einhergeht, eine rein katarrhalische, d. h. nicht infectiöse Entzündung repräsentiren soll. Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der Koplik'schen Flecke bei Masern und Rötheln hat sich der Verf. nicht ausgelassen. Bei der Besprechung der Pharyngitis granulosa und der Uvulotomie hätten wir es gern gesehen, wenn Chiari Kraft seiner Autorität ein kräftig Wörtlein gegen den Unfug, der immer noch „von Uebereifrigen" geübt wird, gesprochen hätte. Die Meinung, dass die adenoiden Vegetationen für die tuberculöse Infection von nennenswerther Bedeutung sind, hat sich Verf. nicht zu eigen machen können. Ebenso hält er es für unwahrscheinlich, dass die viel discutirten Veränderungen des harten Gaumens durch eine Vergrösserung der Rachenmandel veranlasst werden. Er räth, auch geringfügige Hyperplasien des adenoiden Gewebes zu entfernen, sobald hierdurch wiederholentlich Entzündungserscheinungen in der Umgebung verursacht oder der Entstehung von Neurosen Vorschub geleistet wird. Ueber eventuell vorzunehmende

Eingriffe bei Venektasien des Zungengrundes und Hypertrophie der Zungenmandel spricht sich Chiari mit grosser Reservirtheit aus. Von umfangreicher Erfahrung und kritischer Objectivität zeugen die Capitel über Tuberculose und Syphilis. Bei der Besprechung des Skleroms haben wir die Erwähnung der Arbeiten vermisst, die neuerdings Zweifel an der Specifität des Sklerombacillus erregen. Phlegmone und das Erysipel betrachtet Chiari ganz im Sinne des Ref. als ätiologisch und klinisch zusammengehörige Affectionen.

Auch der II. Theil des Chiari'schen Werkes ist mit einer guten Auswahl instructiver Abbildungen geschmückt, die besonders im anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Theil dem Verständniss des Lesers sehr zu Hülfe kommen.

A. Kuttner.

b) Nikitin, Handbuch zur Erlernung der Laryngoskopie bei Kehlkopfkrankheiten. (Rukowodstwo k isutschenijn laryngoscopii i bolesnei gortani.) St. Petersburg 1903.

Das Handbuch erscheint bereits in der dritten Auflage, die vom Autor sorgfältig durchgesehen und gemäss den Fortschritten der Specialwissenschaft vervollständigt ist. Als besonders werthvoll muss die strenge Objectivität des Autors, die Zurückhaltung eigener Ansichten hervorgehoben werden. Dadurch wird das Buch natürlich interessant für den Fachmann, während dem Anfänger eine andere Art der Auffassung zusagender wäre. Die Literatur, sowohl die ältere wie neuere und neueste, ist überall möglichst vorurtheilsfrei benutzt worden.

Die Bevorzugung irgend welcher Sprache ist vollständig vermieden, sodass das Werk frei von jedem nationalen oder nationalistischem Beigeschmack ist, eine Eigenschaft, die glücklicher Weise überall mehr und mehr zur Geltung gelangt. Die Sprache ist einfach, fliessend.

Der Druck, die Illustrationen entsprechen allen Anforderungen, sodass das Werk in jeder Hinsicht nicht nur zu den besten desselben Autors gezählt werden kann, sondern unter den Handbüchern überhaupt nicht die letzte Stelle einzunehmen berechtigt ist.

Wenn ich mir dennoch einige Aussetzungen erlaube, so geschieht das in der Voraussicht, dass der Autor bei der nächsten Auflage vielleicht einiges davon verwerthen könnte.

Ref. kann sich zunächst nicht mit dem Titel des Buches befreunden. Die Laryngoskopie ist doch wohl nur Mittel, nicht Zweck. Es ist selbstverständlich, dass man sie kennen muss, wenn man Laryngologe sein will. Es ist also unnütz, sie an die Spitze zu stellen.

Dass die Laryngoskopie nicht der Zweck des Buches ist, geht aus dem Inhalt genügend hervor. Von den 394 Seiten sind ihr nur 22 gewidmet.

Ferner lässt die Eintheilung des Stoffes einiges zu wünschen übrig. So steht Seite 7 die Ueberschrift: Histologie des Kehlkopfes. Dieselbe geht ohne jeglichen Absatz bereits auf Seite 10 in die makroskopische Anatomie über und dann finden wir Seite 15 wieder etwas von der Histologie. — Dass die Uebersichtlichkeit und Handlichkeit dadurch beeinträchtigt wird, braucht nicht hervorgehoben

zu werden. Diesem Mangel wird noch dadurch Vorschub geleistet, dass der Autor möglichst viel unter einem Capitel abzuhandeln bestrebt ist.

So wird z. B. die ganze Nervenpathologie in zwei Capitel: Neurosen und Muskelparalysen eingezwängt. In anderen Fragen erscheint dagegen dieses Princip nicht maassgebend zu sein, sonst brauchten „Wunden und Kehlkopfbrüche“ nicht getrennte Capitel zu bilden, zumal sie zusammen etwa nur 3 Seiten einnehmen.

Der Mangel, der beim Handbuch der Rhinologie besonders hervortrat, macht sich auch hier fühlbar, ich meine die stiefmütterliche Behandlung der operativen Seite der Therapie.

Diesen Mangel bemerkt man namentlich bei der Besprechung der Larynxstenose. Die operative Behandlung derselben wird nicht einmal erwähnt.

Es ist daher verständlich, dass Autoren, wie Gluck und Wolkowitsch im zweiten Werke nicht erwähnt werden.

Dass die Tuberculose nur von Lues differentiell diagnostisch abgehoben wird, kann auch nicht zweckentsprechend genannt werden.

Die in der Medicin allgemein zu beobachtende Ungenauigkeit in der Anwendung von erblich im Sinne von angeboren und umgekehrt, ferner die Zulassung von zwei gegenseitig sich ausschliessenden Begriffen in der Aetiologie einer und derselben Krankheit, wie erblich und infectiös hat der Autor nicht vermeiden können. Die Rolle der Erkältung herrscht in der Aetiologie der verschiedensten Affectionen uneingeschränkt, trotzdem, dass sie häufig zu Widersprüchen führt.

Dass von 20 schnell sich entwickelnden Stenosen 18 tuberculösen Ursprungs seien (S. 167), scheint etwas zu weit gegangen.

Endlich hat es den Recensenten nicht angenehm berührt, dass die Autoren eingetheilt werden in: Professoren, Doctoren und einfach solche ohne jeglichen Beinamen. Aus dem Text lässt sich nicht entnehmen, welches Princip hier maassgebend gewesen ist. Häufig wird Professor auf einer und derselben Seite bei einem und demselben Autor womöglich 10mal repetirt.

In der Wissenschaft sollten wir doch uns von Titeln und Orden ausruhen können! P. Hellat.

---

c) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. November 1902.

Vorsitzender: Prof. Chiari.
Schriftführer: Dr. Hanszel.

1. Harmer: Fibrom des Nasenrachenraumes.

In 3 Fällen konnte nach Spaltung der Nase (Schnitt nach Langenbeck, Abmeisselung des Proc. frontal. des Oberkiefers) der Tumor ganz entfernt werden, im 4. Falle, dem vorgestellten, war dies wegen profuser Blutung und geringer Zugänglichkeit nicht möglich. In diesem Falle wuchs der zurückgelassene Rest rapid.

Discussion: Weil hat 2 solche Fälle mittelst Electrolyse geheilt.

Harmer betont bei Anwendung der Electrolyse die Nothwendigkeit einer

grossen Geduld von Seite des Patienten und des Arztes. In einem noch an der Klinik befindlichen Falle erreichte H. auf electrolytischem Wege Stillstand der Geschwulst.

2. Harmer: Ein Fall von Verletzung des weichen Gaumens, durch das scharfkantige Bruchstück eines Besenschaftes.
Eine Perforation kam nicht zu Stande.

3. Hanszel demonstrirt 2 Fälle von tertiärer Lues.

Beim ersten Falle ist bemerkenswerth:

a) Das rasche Entstehen und Vergehen gummöser Infiltrate innerhalb weniger Tage, b) der günstige Einfluss von Wasserstoffsuperoxyd auf die Reinigung der Geschwüre; der pestilente Foetor verschwand, c) dass der Process erst dann zur Ausheilung kam, als mit jeglicher antiluetischer Behandlung ausgesetzt wurde und nur auf ausgiebige Ernährung des Patienten gesehen wurde; mit Rücksicht auf diesen letzten Punkt wurde auch der 2. Fall vorgestellt.

4. Hanszel stellt weitere 2 Fälle von Rhinosklerom vor.

Beim ersten Falle ist auffallend, dass die Infiltrate in der Nase, die sich histologisch als Sclerom erwiesen, abweichend von der Regel, weich, granulär und roth sind.

Beim zweiten Falle lautet die klinische Vermuthungsdiagnose Sclerom. Der linke Nasenboden ist um ein geringes höher als der rechte, beiderseits von der unteren Muschel und dem Nasenboden ausgehend weiche rothe Zapfen. Die Choanen frei, Verwachsung zwischen der deviirten Scheidewand und der mittleren Muschel im hinteren Drittel der Nase. Die Uvula durch zwei fadendünne Stränge in geringem Grade verkürzt. Mit Rücksicht auf diesen letzten Punkt hält H. die Annahme eines Scleroms für berechtigt, trotz bisher negativer histologischer Befunde.

5. Menzel demonstrirt einen Fall von Lymphangioma cavernosum des Larynx, weil er der erste unter den publicirten Fällen ist, welcher eine sichere klinische Diagnose ermöglicht, wozu vor allem die Veränderlichkeit in Form und Grösse bei Respiration und Phonation, die Verdrängbarkeit des von unveränderter blassrother Schleimhaut bedeckten Tumors drängte, der bei Exspiration und Pressen nicht gebläht wurde.

Discussion: Roth betont das leichte Recidiviren dieser Geschwülste, Fein berichtet über einen analogen Fall, Chiari räth zur Vorsicht bei der Diagnose Lymphangiom, weil in jeder circumscripten Hypertrophie des Stimmbandes ein oder der andere ausgedehnte Lymphraum vorkommt.

6. Heindl stellt einen Patienten mit nach Luc-Hajek operirter und geheilter Kieferhöhleneiterung vor.

Discussion: Hajek und Hanszel betonen das häufige Auftreten von vorübergehenden Sensibilitätslähmungen im Gebiete des 2. Trigeminus nach dieser Operation.

7. Spiegel: Demonstration eines selbstwirkenden Kehlkopf-

Pulverbläsers, bei welchem bei Druck auf eine Sperrklinke durch Compression des Luftinhaltes das Pulver ausgeblasen wird. Das Instrument ist sterilisirbar.

Weil hebt als Vorzug die Möglichkeit des genaueren Localisirens des Pulvers hervor.

8. Chiari demonstrirt a) den Atherombrei einer Stimmbandcyste, b) histologische Präparate von einer leistenartigen Verdickung des unteren Randes beider Choanen.

Es handelt sich um Sclerom und war genannte Choanalveränderung die einzige Localisation des Processes.

9. Chiari demonstrirt einen Cystenpolypen des Nasenrachenraums, den er mit der kalten Schlinge durch die Nase entfernte.

Schnitte durch die Cystenwand zeigen kein Epithel, nur hie und da platte Bindegewebszellen als Besatz. Auch fehlte eine dichtere Anordnung des Cystenraumes. Aussen war der Polyp mit geschichtetem Flimmerepithel besetzt. Eine Cyste in einem anderen Polypen zeigte deutliches cubisches Epithel, andere kleinere Cysten in demselben Polypen Flimmerepithel, manche wieder waren ohne Epithel, wie auch eine Cyste in einem dritten Polypen. — Am häufigsten gehen die Cysten in den Nasenpolypen von ausgeweiteten Bindegewebsmaschenräumen aus und sind von einer serösen, manchmal spontan gerinnenden Flüssigkeit gefüllt. Seltener entstehen sie aus erweiterten Drüsengängen.

Hierzu sprachen Hajek, der gefunden hat, dass stellenweise an den Cystenwänden isolirte Schollen abgestossenen Epithels liegen, dass also die Wand ursprünglich von Epithel bekleidet war, dass ferner nach Durchsuchung vieler mikroskopischer Schnitte sich manche Gewebscysten als Drüsencysten darstellen und dass er des Oefteren in sehr ödematösen Polypen Drüsen vorfand.

Weil weist auf die Wichtigkeit der Untersuchung im Serienschnitten hin.

Chiari hält fest daran, dass in den ödematösen Schleimpolypen Drüsen sehr spärlich sind.

Sitzung vom 3. December 1902.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.
Schriftführer: Regim.-Arzt Dr. J. Fein.

Harmer demonstrirt einen 15jährigen Patienten, der vor 7 Monaten wegen Angiofibrom der Nase von aussen operirt wurde und bis jetzt recidivfrei geblieben ist.

Glas stellt eine Patientin der Klinik vor, bei welcher im Anschluss an eine Keilbeinhöhlenoperation eine 24stündige Rhinorrhoea cerebrospinalis auftrat. Der Vortragende bespricht die Differentialdiagnose und die Arten des Zustandekommens dieser Rhinorrhoe und empfiehlt die Anästhesinbehandlung bei hartnäckigen Nebenhöhlenentzündungen als Adjuvans neben Ausspülung und Aetzung.

Discussion: Réthi, Grossmann, Chiari. Letzterer hebt hervór, dass die Rhinorrhoe auch ohne Verletzung durch Vermittlung der Heiberg'schen Canäle zu Stande kommen könne.

Hanszel berichtet a) über den in der letzten Sitzung mit Scleromverdacht vorgestellten Fall (Synechie zwischen mittlerer Muschel und Septum etc.), die culturell als Sklerom sichergestellt wurde b) stellt weiter einen Fall, von Kiefercyste vor, wobei das Ostium maxillare verschlossen war, was H. auf entzündliche Vorgänge zurückführt.

An der Discussion betheiligten sich Réthi, Roth, Chiari und Weil.

Sitzung vom 7. Januar 1903.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.

Schriftführer: Dr. Hanszel.

1. Hanszel stellt eine Patientin der Klinik vor, bei welcher wegen Antritis suppurativa chronica beide Kieferhöhlen (nach Luc-Caldwell) und beide Stirnhöhlen (einfache Trepanation, Auskratzung und Erweiterung des Ductus) operativ behandelt wurden. Die Patientin verlässt geheilt das Spital.

2. Hanszel demonstrirt drei Fälle von Rhinolaryngosklerom; in 2 Fällen führte die progressive Dilatation nicht zu dem gewünschten Erfolg, weswegen Laryngofissur mit Ausräumung der offenbar narbigen, subglottischen Wülste vorgenommen werden wird. Im dritten Falle (ebenfalls subglottische Infiltrate) scheint das Thiosinamin die Ursache gewesen zu sein, dass durch Aufquellen der Infiltrate die Stenose rapid zunahm, so dass Tracheotomie nöthig wurde.

3. Menzel demonstirt eine neue Methode, mittelst welcher man die Ansaugung der Nasenflügel beheben kann. Sie besteht in der Injection von Paraffin in die Nasenflügel.

Discussion: Harmer fragt, warum nicht Vaselin verwendet wurde und meint, dass man hierdurch die reactive Röthung hätte vermeiden können, worauf Menzel erwidert, dass er die Steifheit des Nasenflügels durch Injection einer consistenteren Masse erhöhen wollte.

4. Chiari spricht über eine seltene Form von Staphylitis, die bei einer Ambulanz von 8—10000 Patienten jährlich ein- bis zweimal zur Beobachtung kam. Die Erkrankung setzt ohne Fieber ein und läuft in wenigen Tagen ab. Dabei kommt es zu Schwellung des unteren Theiles der Uvula, welche daselbst oft ödematös theils mit Blut unterlaufen, von einer Blutblase eingenommen, theils von einem weisslichen membranartigen Belage bedeckt ist, wobei meist weder anamnestisch noch auch sonst eine Ursache zu eruiren ist (auch bakteriologisch nicht). Den weisslichen Belag hält Chiari für Epithelnekrose und betont, dass bei dieser Affection die Umgebung meist unverändert bleibt, höchstens leichte Röthung der Gaumenbögen zu bemerken ist.

Hierzu sprachen Réthi, Heindl und Weil, die ähnliche Fälle beobachteten.

Sitzung vom 4. Februar 1903.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.

Schriftführer: Dr. Ronsburger.

1. Menzel modificirte die Krause'sche Methode der Kieferhöhleneröffnung

von der Nase her insofern, als er nach Resection des vorderen Drittels der unteren Muschel einen sehr dicken Troicart daselbst durch den unteren Nasengang in die Kieferhöhle einsticht und sodann den Patienten unterweist, sich selbst eine passende Hartgummicanüle in das Antrum einzuführen.

Diese Modification vereinigt die Vorzüge der ursprünglichen Krause'schen mit denen der Cowper'schen Eröffnung, ohne auch deren Nachtheile zu haben.

An der Discussion betheiligen sich Réthi, Weil und Chiari. Ersterer glaubt, dass diese Methode sich wenig für eine Selbstbehandlung eignen dürfte, Weil möchte stets zuvor nach Krause operiren und erst bei Misserfolg das Stück der unteren Muschel reseciren. Chiari constatirt, dass an Stelle des richtigen Namens Cowper häufig und fälschlich der Name Cooper gebraucht wird.

2. Hanszel stellt ein Laryngosklerom vor, in welchem Falle Laryngofissur mit Ausräumung alles Krankhaften sich als nöthig erwies. Der Erfolg wäre jedoch sehr gering, wenn nicht alsbald nach der Operation die Tubagebehandlung wieder aufgenommen worden wäre.

3. Hanszel stellt eine Patientin vor, bei welcher im Anschluss an acute eitrige Antritis beider Kiefer- und der linken Stirnhöhle ein Retropharyngealabscess auftrat und bespricht die Literaturangaben und den Infectionsmodus.

4. Harmer demonstrirt einen 62jährigen Patienten mit Sarkom des Rachens.

5. Réthi berichtet über einen Fall von Erkrankung der Uvula, wie sie in der letzten Sitzung von Chiari besprochen wurde; Uvula geröthet, geschwellt, an der Spitze ein Hämatom mit einem kleinen weissen Belag. Réthi zweifelt nicht an der traumatischen Aetiologie.

Sitzung vom 4. März 1903.

Vorsitzender: Prof. O. Chiari.
Schriftführer: Dr. C. Müller.

1. Chiari demonstrirt eine Patientin mit angeborener Membranbildung im Nasenrachenraume (der Fall wird später publicirt). Die 2 sichelförmigen Membranen sprangen von beiden Seiten her ziemlich weit vor.

2. Emil Glas, a. G., berichtet über einen Fall von Paralysis labioglosso-pharyngea mit auffallendem Grade von Lalopathie aus der Klinik des Prof. Chiari.

Als ursächlichen Process denkt G. an eine Combination von Bulbärparalyse mit beginnender amyotrophischer Lateralsklerose. Gleichzeitig bestand auch Mitbetheiligung des Orbicularis oculi (Lagophthalmus e paral. glosso-lab. phar.).

Discussion: M. Hajek findet die Angabe, dass die Abduction der Stimmbänder nicht gestört war, auffallend. Glas meint dies mit einer primären Atrophie der inneren Stimmbandmuskeln erklären zu sollen.

3. Harmer demonstrirt ein Leichenpräparat eines grossen Aortenaneurysmas mit Lähmung des linken und Parese des rechten Recurrens.

4. Hajek demonstrirt zahlreiche Polypen einer Kieferhöhle, welche ohne Empyem der Höhle sich vorfanden.

Bemerkenswerth ist, dass mit Rücksicht auf das rasche Recidiv der Polypen in der Gegend des Ostium maxillare und dem Vorhandensein von Polyposis des Siebbeinlabyrinths, sowie aus dem Umstand, dass die Durchleuchtung Anfangs negativ, zuletzt positiv ausfiel, die Diagnose auf polypöse Degeneration der Kieferhöhlenschleimhaut ohne Empyem gestellt wurde, die nach vorgenommener Radicaloperation auch als richtig bestätigt wurde. Hervorzuheben ist ferner der Befund von pseudomembranösen Auflagerungen an einigen Polypen des Siebbeins und der Kieferhöhle.

Mit Beziehung auf diesen letzten Befund sprechen in der Discussion: Harmer, Weil und Koschier. Während Harmer für diesen croupösen Belag doch eine, vielleicht schwer nachweisbare Entzündung resp. Eiterung ursächlich annehmen möchte, sieht Weil den Grund hierfür in einer Infection nach den häufigen endonasalen Eingriffen, Koschier in Verletzungen etwa mit der Sonde oder der Punctionsnadel. Hajek verweist im Schlussworte auf die Seltenheit dieses Befundes an der Mucosa der Nebenhöhlen.

Sitzung vom 1. April 1903.

Vorsitzender: Docent Dr. Roth.

Schriftführer: Dr. C. Müller.

1. Hanszel berichtet über die Untersuchungen, die an der Klinik O. Chiari's mit dem Hydrothermoregulator nach Ullmann angestellt wurden. Es handelt sich dabei um die Application constanter hoher feuchter Wärme. Der Apparat, der leicht zu reguliren ist und den Vorzug hat, dass die einmal gewählte Temperatur constant bleibt, wurde vorzugsweise in den Fällen von Phlegmonen (Phlegmone colli, Zungenabscess, Angina phlegmonosa etc.) angewendet (mit Temperaturen von durchschnittlich 45° durch 48—60 Stunden). Es kam in diesen Fällen verhältnissmässig rasch zur eitrigen Einschmelzung, sodass nach frühzeitiger Incision der Verlauf in manchen Fällen ein kürzerer war, als wir es sonst zu sehen gewöhnt sind. Bei Oedema laryngis, Laryngitis acuta und sicca, bei Angina lacunaris konnte keine Beeinflussung bisher constatirt werden.

Discussion: Karl Ullmann a. G. betont und bespricht die Tiefenwirkung der hochtemperirten Wärmeapplication als vorzugsweise auf den Lymphgefässapparat wirkend und empfiehlt die Anwendung dieser prolongirten feuchten Wärme mittelst des Hydrothermoregulators auch bei Gelenksaffectionen des Larynx.

Grossmann hält es für unwahrscheinlich, dass man durch tiefe Schichten der Haut hindurch mittelst Wärme therapeutisch einwirken könne. Ullmann verweist diesbezüglich auf die früher erwähnten reflectorischen Beeinflussungen der Blut- und Lymphgefässbahnen.

2. Fein stellt einen 66jähr. Patienten mit einem kreideweissen, ca. erbsengrossen wenig erhabenen Fleck am vorderen Ende des linken Stimmbandes vor,

der einige Aehnlichkeit mit einem Aetzschorf hat. Dagegen spricht jedoch die Dauer des Bestehens. Möglicherweise handelt es sich um eine Kalkeinlagerung.

Discussion: Hanszel sah kürzlich einen ähnlichen Fall bei einer alten Frau, die vor jeglichem endolaryngealen Eingriffe einer Apoplexie erlag. Das Präparat wurde im pathologischen Museum aufbewahrt. Chiari-Hanszel.

---

d) Verhandlungen der russ. chirurg. Pirogow-Gesellschaft 1900—1902.

Liebig: Vortrag über die Casuistik der Totalexstirpation des Kehlkopfes bei Carcinomen mit Krankendemonstration.

Kadjon: Die Methode Perier mit Einnähung der Trachea in die Hautwunde habe ich in einem schweren Fall, wo ein Theil der Trachea und der Schilddrüse exstirpirt wurde, mit Erfolg angewandt.

Der Patient ging nach $1^1/_2$ Jahren an Recidiv zu Grunde.

Das Eigenthümliche in diesem Falle war, dass der Kranke trotz der Abwesenheit des Kehlkopfes sich vernehmlich zu machen verstand.

Liebig: Diese Patienten sammeln Luft in dem Pharynx und dem erweiterten Oesophagus.

Trojonow beglückwünscht den Vortragenden zum Erfolge.

Heinatz beobachtet gegenwärtig einen Kranken, der bei vollständig verschlossenem Kehlkopf besser spricht als der vorgestellte Kranke mit dem Apparat.

Die Gesetze der Sprache sind uns häufig noch unbekannt.

Woinitsch. Die Hauptursache für den unglücklichen Ausgang besteht in Pneumonien. Es ist daher die Trennung der Trachea vom Pharynx durchaus rationell. Die Sprache wird durch den Apparat von Gluck gut ersetzt.

Sematzki: In der chirurgischen Abtheilung des Heleneninstituts wurden in den letzten 4 Jahren von Sklifasowski 4 Kehlkopfexstirpationen vorgenommen, 3 totale und eine halbseitige. Die Patienten sprachen alle sehr vernehmlich ohne künstlichen Kehlkopf. — Der Eine von ihnen war ein Notarius und konnte sein Amt gut fortsetzen.

Petrow: Demonstration eines 4jährigen Knaben mit einer grossen Geschwulst an der Nasenwurzel, die im 3. Lebensjahre nach einem Trauma entstanden war.

Tauber hält die Geschwulst für ein Osteosarkom.

In Veranlassung des Vortrages von Worobjeid über die Gelatinewirkung wird von Turner und Leidler erwähnt, dass Gelatine nur örtlich wirke und dass sie bei Nasenblutungen gute Resultate gebe. P. Hellat.

---

e) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. Mai 1903.

Flatau stellt einen Pat. mit einem $1/_3$ der rechten Choane verdeckenden harten Tumor des Nasenrachens vor, der sich deutlich von dem Tubenwulst und den Muscheln differenziren lässt, und den er für eine angeborene Bildung anspricht.

Rosenberg glaubt auf Grund einer Digitaluntersuchung, die ihm einen breitbasigen Ursprung von der Schädelbasis ergab, an die Möglichkeit eines Chondroms.

Flatau hat mehr den Eindruck einer harten Schale der Geschwulst mit flüssigem oder luftigem Inhalt.

Flatau demonstrirt ferner einen Pat., der mit seiner Zungenspitze jeden Punkt des Nasenrachens berühren kann.

Gräffner stellt einen Pat. mit angeborener Lues vor, bei dem der grösste Theil der Nasenscheidewand zerstört ist; das Siebbein ist atrophirt, durch den linken Hiatus semilunaris sieht man in eine kleine Höhle hinein; der rechte Infundibularraum ist narbig verzerrt, Velum und Tuben zeigen Narben. Vom rechten Thränenpunkt kann man den Duct. nasolacrymalis in den mittleren Nasengang verfolgen. Am Nasenboden sieht man 2 Zähne; die äusseren Schneidezähne stehen divergent.

A. Meyer zeigt einen per vias naturales entfernten Sequester von 4 cm Breite und 3 cm Länge; es stellt die Unterfläche des Keilbeines mit einem Theil der Pterygoidfortsätze dar.

Alexander stellt ein 12jähriges Mädchen mit einem fingergliedgrossen graurothen glatten Tumor vor, auf dem die Uvula ruht; er inserirt an der Hinterfläche des Gaumenbogens und ist ein Lipom.

Flatau: Ueber einen neuen Phonographen. F. schildert die constructive Entwickelung des Phonographen und beleuchtet insbesondere die von der Wiener Archivcommission unter Exner erreichten Fortschritte; ferner spricht er über die verschiedenen Nadelplattenapparate und über das Ruhmer'sche Photographon hinsichtlich ihrer Brauchbarkeit für ärztliche und Forschungszwecke. Er berichtet dann über die ersten phonetischen Versuche mit dem Cervenka's'chen Photophonographen und demonstrirt eine grössere Reihe von ihm aufgenommener phonischer Reihen, Curven, Platten und Matrizen, um die Wirkungsweise des neuen Apparates zu erläutern.

Sitzung vom 19. Juni 1903.

Burchardt stellt einen 33jähr. Pat. mit primärem Rachenkrebs vor. In der Mitte der Hinterwand der Pars oralis blassrother, ziemlich fester Tumor mit einem $1^1/_2$ cm dicken und 2—3 mm langen Stiel; drei ähnliche etwas kleinere Tumoren in der Pars laryngea an der hinteren Wand und eine 2 cm lange rosenkranzartige Reihe erbsengrosser Geschwülste im linken Pharynxwinkel.

Eine linksseitige Posticuslähmung ist auf den durch die Tumoren hervorgerufenen Druck auf den Recurrens zurückzuführen.

Besserung der Schluckbeschwerden nach Entfernung der Geschwülste durch die heisse Schlinge. Die von Finder demonstrirten mikroskopischen Präparate lassen keinen Zweifel an der Diagnose: Carcinom.

Treitel demonstrirt eine Patientin mit Lupus der Zunge und der Epiglottis, die auf zwei flache Höcker zusammengeschrumpft ist; zu ihr führen von

den Gaumenbögen zwei breite Narbenbänder, die den Einblick in den Larynx erschweren. Derselbe wird möglich durch die Einführung des Kirstein'schen Spatels und eines kleinen Spiegels hinter die Narben. Man sieht eine Narbe vom vorderen Winkel sich bis zur Mitte der Stimmbänder erstrecken.

E. Meyer schlägt die Tracheotomie vor (wegen der Athembeschwerden) und würde endolaryngeal erst vorgehen, wenn der Lupus ganz abgeheilt, was bisher an der Nase noch nicht geschehen, da sonst die Gefahr einer frischen Eruption im Larynx besteht.

Treitel hält die Athemstörung noch nicht für so bedeutend, um sich zur Tracheotomie zu entschliessen.

E. Meyer: Photographie und Projection des Kehlkopfes.

Der für dieselbe construirte Apparat hat als Lichtquelle eine Bogenlänge von 20 Ampère; dieselbe schickt das Licht durch eine Wasserkammer (zum Abkühlen) und 2 Concentrationslinsen auf ein vor dem Objectiv angebrachtes rechtwinkliges Prisma, das die Strahlen im rechten Winkel bricht und so in die Mundhöhle des Pat. wirft. Durch eine Irisblende und eine auf das Prisma aufgekittete Sammellinse ist es möglich, das Lichtbündel so einzuengen, dass nur der Kehlkopfspiegel beleuchtet ist, während alles übrige dunkel bleibt, so dass die bei der Photographie störenden Reflexe ausgeschaltet sind.

Die Camera selbst ist eine Spiegelcamera, bei der die lichtempfindliche Schicht genau ebensoweit von dem Spiegel entfernt ist, wie die Mattscheibe, auf die eingestellt wird. Die feine Einstellung erfolgt durch einen Hebel, welcher den ganzen Apparat (Lichtquelle und Camera) vor- und rückwärts bewegt. Das Objectiv ist ein Plänar 160 mm Zeiss. Zur Untersuchung dienen Kehlkopfspiegel mit durch Platinchlorid matter Fassung.

Ersetzt man das Objectiv durch ein Unar und bringt statt der Camera eine Mattscheibe hinter dasselbe, so kann man im dunklen Raum das vergrösserte Kehlkopfbild direct zur Anschauung bringen; auch die Projection des Trommelfells gelingt in der gleichen Weise.

Demonstration des Apparates, der Projection und einer Anzahl photographischer Aufnahmen, die M. selbst als noch nicht ganz befriedigende bezeichnet.

Katzenstein: Für photographische Zwecke lässt der Apparat noch im Stich.

Meyer hofft, dass die Photographie des Kehlkopfes, die erst im Beginn ihrer Entwicklung stehe, noch wichtige Resultate besonders für die Physiologie ergeben wird.

Stöckel: Ueber Asthma bronchiale.

Das Asthma bronchiale ist ein reflectorisch hervorgerufener Bronchialmuskelkrampf, dessen Folge acutes Emphysem, Störung des Gasaustausches in den Lungen, Co_2-Anhäufung im Blute und Inspirationstetanus der Athemmuskeln.

Die die Bronchialmuskeln innervirenden sympathischen Fasern verlaufen hauptsächlich im Vagus und gelangen zu ihm durch Vermittelung des Gangl.

nodos. aus dem Gangl. cervic. suprem; der N. petros. prof. bildet eine sog. Grenzstrangverbindung zwischen Gangl. cervic. supr. und Gangl. spheno-palatin. Da dieses rein sympathischer Natur ist, indem die dem Trig. II entstammenden sensiblen Fasern am Gangl. vorbeistreichen oder dasselbe durchsetzen, so ist die Möglichkeit gegeben, dass in den peripheren Ausbreitungen des Ganglion rückläufige sympathische Fasern vorhanden sind, welche von der Nasenschleimhaut aus auf dem eben geschilderten Wege die Bronchialmuskeln zur Contraction bringen. Bei dem engen physiologisch-entwicklungsgeschichtlichen Zusammenhange zwischen Nase und Lunge sind solche reflectorischen Fasern sehr wohl anzunehmen, und somit das nasal entstandene Asthma für eine grosse Reihe von Fällen als ein automatisch-reflectorischer Act aufzufassen, der lediglich im Sympathicus verläuft, d. h. zunächst ohne Mitwirkung von Medulla und Gehirn, deren Erregung erst secundär durch Co_2-Anhäufung im Blute erfolgt. Die peripheren Ausbreitungen des Gangl. spheno-palat. decken sich im Allgemeinen mit den sog. Asthmazonen. Wie Staake nun beobachtet hat, kommt der Keilbeinhöhle, die ebenfalls Nerven vom Gangl. spheno-palat. erhält, als Asthmazone eine besondere Dignität zu, so dass, wenn die anderen Forderungen, welche die Behandlung des nasalen Asthma an uns stellt, erfüllt sind, ohne den gewünschten Erfolg zu bringen, an die Sondirung der Keilbeinhöhle geschritten werden sollte. In solchen Fällen, wo Katarrhe bestehen, wird man ausserdem zur Erweiterung der Oeffnung oder der radicalen Fortnahme der vorderen Wand der Höhle genöthigt sein.

E. Meyer: Zu Operationen an der Keilbeinhöhle soll man sich nicht so leicht entschliessen, wegen der Nähe der Carotis und des Opticus.

Peyser hat auch öfter den asthmatischen Anfall coupirt durch Cocainisirung der Schleimhaut in der Fiss. olfactor. Die electrische Trephine für die Eröffnung der Keilbeinhöhle ist nicht ungefährlich.

Fränkel: Manches Asthma hat nichts mit der Nase zu thun. Asthmaanfälle kann man manchmal coupiren durch Cocainisirung z. B. des Tubercul. septi; es ist vor Schematisirung zu warnen.

Kuttner: Das nasale Asthma ist keineswegs das häufigste; ausser dem Bronchialkrampf ist zu berücksichtigen der Zwerchfellkrampf und der Schleimhautkatarrh. In Bezug auf den Werth der Sondirung der Keilbeinhöhle ist er sehr skeptisch.

Katzenstein: Auch beim Asthma kann man durch einen stärkeren Reiz den pathologischen Reflex coupiren.

A. Rosenberg.

---

f) Société de laryngologie de Paris.

Sitzung vom 9. Januar 1903.

Vorsitzender: Boulay.

Galand berichtet über schwere Magenstörungen infolge eitriger Rhino-Pharyngitis bei einem Kinde. Bei der Entfernung der adenoiden Vegetationen entleerte sich Eiter und bald nach der Operation verschwanden alle Störungen von Seiten des Magens.

Viollet theilt einen Fall von Erbrechen bei einem Säugling infolge adenoider Vegetationen mit. Das Kind erbrach alle Nahrung, die es zu sich nahm. Nach Operation der adenoiden Vegetationen hörte das Erbrechen auf.

Courtade hat einen analogen Fall beobachtet.

Boulay hält für die Operation der Säuglinge die Zange ausreichend. Man muss stets auf Recidive gefasst sein.

Sitzung vom 20. Februar.

Suarez de Mendoza stellt ein 30jährige Patientin vor, die glaubte, eine Stecknadel verschluckt zu haben. Sie klagte über Athembeschwerden; trotz des negativen Ausfalls einer Untersuchung mit Röntgenstrahlen machte ein Chirurg die Thyreotomie, ohne jedoch den Fremdkörper zu finden. Nach der Heilung der Operationswunde blieb die Aphonie bestehen. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich ein polypoider Tumor unterhalb der rechten Stimmlippe. Nach der Abtragung desselben besserte sich die Stimme und es wurde zur völligen Herstellung Elektricität angewandt.

Mahn: Demonstration eines Patienten mit Zungenkrebs. Der Tumor ist inoperabel und gab Veranlassung zu häufigen und heftigen Blutungen. Nach Pinselungen mit Adrenalinlösung 1 : 1000 hörten die Blutungen auf und auch die Schmerzen, so dass Pat. im Stande war, Nahrung zu sich zu nehmen.

Lermoyez hat bei einem Kehlkopfkrebs dieselbe Behandlung angewandt, nachdem der Patient tracheotomirt war; er konnte rein locale und allgemeine Besserung nach der Adrenalinanwendung constatiren. Moure.

---

g) Jahresversammlung der französischen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. 19.—21. October 1903.

Vorsitzender: M. Vacher.

Jacques (Nancy): Bericht über die gutartigen Entartungen der Siebbeinschleimhaut; Pathogenese und Behandlung.

Abweichend von der alten Auffassung Virchow's, der die Nasenpolypen als gutartige Tumoren vom Typus der Myxome betrachtete, sieht J. in ihnen localisirte ödematöse Hypertrophien der Nasenschleimhaut, auf entzündlicher oder nicht entzündlicher Basis, die durch seröse und albuminöse Infiltration des areolären Bindegewebes charakterisirt sind. Was den Sitz anbetrifft, so entspringen die Nasenpolypen in ihrer Mehrzahl von der Siebbeinschleimhaut und besonders da, wo sie besonders dünn und schlaff ist, sowie an den Punkten, die besonders der Reizung durch Secret, das aus den erkrankten Nebenhöhlen stammt, ausgesetzt sind.

Ursachen; J. theilt sie in praedisponirende, als da sind: Lymphatische Constitution, Arthritismus, Heredität; die Rolle erworbener Dyscrasien ist nicht erwiesen, das Alter spielt keine Rolle.

Die determinirenden Ursachen sind:

A. Physischer Natur: a) anatomische; b) irritative.

B. Entzündlicher Natur: a) primär den Knochen betreffend, b) primär die Schleimhaut betreffend.

C. Nervöser Natur: a) Spastische Rhinitis und Hydrorrhoe, b) Hysterie.

Nachdem Redner die verschiedenen über die Pathogenese der Polypen aufgestellten Theorien einer kritischen Betrachtung unterzogen hat, wendet er sich zur Frage der Behandlung, bei der zwei Punkte maassgebend sind:

1. Symptomatische Behandlung, die darin besteht, die Polypenmassen, die eine Verlegung der Nase bedingen, zu entfernen.

2. Causale Behandlung, die sich zur Aufgabe macht, ihr Wiederwachsen zu verhindern, indem man ihre Ursachen beseitigt. In letzterer Hinsicht muss alle Aufmerksamkeit den Nebenhöhlen zugewandt werden: Heilung der Nebenhöhlenerkrankung ist die Conditio sine qua non für die definitive Beseitigung der Polypen.

Ruault: Betrachtungen über Natur, Aetiologie und Behandlung der Nasenpolypen.

Die anatomischen Untersuchungen haben Verf. zu der Ueberzeugung gebracht, dass die Nasenpolypen keine Myxome oder sonstige Tumoren vorstellen, sondern Excrescenzen der hypertrophirten Schleimhaut.

Die klinischen Varietäten entsprechen der Ursache: gewöhnliche Polypen, oft die Folge von Oberkieferhöhlenempyemen; Polypen gleichzeitig mit alter Ethmoiditis; Choanalpolypen gewöhnlich cystischer Natur.

Molinié glaubt nicht, dass das Vorhandensein von Albumin und das Fehlen von Mucin als Basis für die Differenzirung der Polypen dienen kann, indem Tumoren gleicher Art verschiedene Flüssigkeiten enthalten können. Vom klinischen Standpunkt scheint der Referent die maligne Umbildung gutartiger Polypen zu bezweifeln, ohne sie kategorisch abzuleugnen; jedoch hat Redner einen Fall beobachtet, der als sicherer Beweis für das Vorkommen dieser Umbildung dienen kann.

Moure glaubt in seinen Untersuchungen, die er in Gemeinschaft mit Brindel über den Ursprung des bei Hydrorrhoea nasalis aus der Nase fliessenden Secrets gemacht hat, nachgewiesen zu haben, dass die Transsudation durch die Gefässe hindurch und nicht durch Vermittlung der Drüsen geschieht, die in dem entfernten Gewebe entweder atrophirt oder sehr selten sind.

Man muss unterscheiden zwischen den eigentlichen Schleimpolypen und den polypoiden Degenerationen der Siebbeinschleimhaut. Zur völligen definitiven Beseitung der letzteren ist es nöthig, gründlich, oft bis zur Lamina cribriformis des Siebbeins hin, zu curettiren. Redner macht dann auf die nach intranasalen Eingriffen möglichen Folgen aufmerksam und berichtet über einige Thatsachen aus seiner persönlichen Erfahrung.

Castex erinnert an die inficirten Schleimpolypen, die häufig maligne Tumoren vortäuschen.

Joucheray berichtet über einen Fall von grossem Choanalpolyp, der beide Choanen verlegte und mit doppeltem Stiel zwischen Choane und mittlerer Muschel inserirte.

Lannois theilt Moure's Ansichten über die Gefahren des Eingriffs an dem degenerirten Siebbein; er theilt den Fall einer Frau mit, die innerhalb von vier Tagen einer Pyämie nach Abtragung der mittleren Muschel mit der heissen Schlinge erlag.

Lermoyez betrachtet die Chirurgie der mittleren Muschel mittels Galvanokaustik als den gefährlichsten aller intranasalen Eingriffe und bevorzugt selbst auf die Möglichkeit einer stärkeren Blutung hin die Curette oder die kalte Schlinge.

Charanne: Hämatom des Septum in Folge nicht traumatischer Blutung.

Nach einer Tamponade der Nasenhöhle von vorn und hinten, in Folge deren das Blut verhindert wurde, nach aussen zu fliessen und zwischen Schleimhaut und Knorpel der einen Seite eindrang, wobei sich dann eine Perforation der Scheidewand bildete, entstand ein Hämatom.

Claoué (Bordeaux). Behandlung der chronischen Oberkieferhöhleneiterungen durch breite Resection des unteren Theils der nasalen Sinuswand.

Nach Abtragung der vorderen zwei Drittel der unteren Muschel macht C. im unteren Nasengang mittelst einer handgetriebenen Trephine eine möglichst breite Oeffnung und behandelt von dort aus die Höhle. Unter 12 Fällen hat er 9 Heilungen erzielt. Die Operation wird unter Cocain gemacht.

Escat: Sieben Fälle von Antrumempyem nach der Claoué'schen Methode behandelt und geheilt.

Lubet-Barbon: Die Claoué'sche Methode richtet sich selbst, da unter 12 Fällen drei nicht geheilt sind, von denen nachher nach der Luc'schen Methode zwei erfolgreich operirt worden sind.

Luc fast seine Auseinandersetzungen dahin zusammen, dass man das Verfahren von Claoué als ein ausnahmsweises gelten lassen kann, das für die Fälle vorbehalten sein mag, in denen eine allgemeine Anästhesie aus irgend welchen Gründen contraindicirt ist.

Moure glaubt nicht, dass es immer leicht sei, das Antrum von der Nase so in Angriff zu nehmen; man hat bisweilen mit starken Blutungen zu rechnen, die eine Tamponade nöthig machen. Ferner ist zu bedenken, dass bei Empyemen mit Polypenbildung in der Höhle die Operation kein Resultat giebt.

Chavasse ist der Ansicht, dass die Leichtigkeit der Methode und die bisher mit ihr erzielten Resultate zu ihren Gunsten sprechen; doch ist die Indication für sie noch unbestimmt. Er verfügt über einen so geheilten Fall.

Claoué erkennt die Superiorität der Caldwell-Luc'schen Methode an; er hält sein Verfahren aber für durchaus ausreichend in den die Mehrzahl bildenden Fällen mittlerer Schwere, in denen eine breite Eröffnung mit nachfolgenden medicamentösen Ausspülungen zur Heilung genügt.

Luc sagt, dass auch die Tamponade der Nasenhöhle nach Extraction der

Polypen infectiöse Zustände verursachen kann; er hat eine Kranke an Meningitis in Folge einer gleichen Procedur verloren.

Mouret hat niemals unangenehme Folgen nach tiefer Galvanokaustik der mittleren Muschel gesehen.

Collinet: Ein Fall von alter Stenose des Larynx.

Eine 60jährige Frau wurde wegen heftiger Dyspnoe ins Krankenhaus aufgenommeu; sie war 25 Jahre vorher tracheotomirt worden. Exitus in der folgenden Nacht an Asphyxie. Die Section ergab eine sehr ausgesprochene Stenose in der Glottisebene. An Stelle der Stimm- und Taschenlippen war die Schleimhaut warzig verdickt und bestanden Narbenstränge. Redner nimmt Syphilis als Ursache an.

Mounier: Die Stimmstörungen und Reflexerscheinungen infolge Hypertrophie der Uvula.

Die Sprachstörungen sind mechanischer Natur; die Reflexerscheinungen werden durch den Vagus vermittelt. Die Behandlung ist chirurgisch.

Vacher: Die Erweiterung des Naseneinganges zur Eröffnung der Keilbeinhöhle.

V. schlägt vor, bei Personen mit enger Nasenhöhle den Naseneingang ad maximum zu dehnen, eine Incision in seine äussere Wand zu machen, mit dem Raspatorium alle Gewebe abzulösen und einige Millimeter von dem Oberkieferknochen, der von vorne her den Naseneingang verengt, zu entfernen. Dann kann die untere und ein Theil der mittleren Muschel entfernt werden.

Moure: Einige Fälle von Thyreotomie.

M. bespricht die verschiedenen Operationsmethoden, die bei der Eröffnung des Kehlkopfes in Frage kommen.

In Fällen von malignen Tumoren, die in ihrer Ausdehnung sich auf das Kehlkopfinnere beschränken, besonders auf die Stimmlippen, ohne dass periphere Infiltration vorhanden wäre, räth M. nach Beendigung der Operation unmittelbaren Schluss von Kehlkopf und Trachea durch die Naht. Dadurch wird die Heilungsdauer abgekürzt und broncho-pulmonale Complicationen werden vermieden. Dagegen bei den diffusen Papillomen der Kinder ist es vorzuziehen, eine Dauertrachealcanüle liegen zu lassen, um jede Anstrengung des Kehlkopfes, die eine Ursache für Recidive abgeben könnte, zu vermeiden. Bei Fällen von Fremdkörpern, die im Larynx eingekeilt sind, hält M. die Vornahme der Tracheotomie für unnöthig; es genügt die Eröffnung des Schildknorpels in der Mittellinie und unmittelbare Naht nach Herausnahme des Fremdkörpers.

Luc fragt, ob man kein Emphysem zu fürchten hat.

Boulay glaubt, dass es nicht empfehlenswerth ist, die Canüle unmittelbar nach der Thyreotomie zu entfernen; bei einem an Papillomen operirten Kinde beobachtete er nach Wegnahme der Canüle Asphyxie; er konnte constatiren, dass die Papillome wieder gewachsen waren.

Mignon: Katarrhalische Stirnhöhlenentzündung mit Verlegung des Canalis naso-frontalis.

Es handelte sich um einen Patienten, bei dem sehr intensive Symptome eines linksseitigen Stirnhöhlenempyems einen Monat lang bestanden. Nach Eröffnung der Höhle fand man Granulationen; Curettage; Erweiterung des Ductus naso-frontalis; schnelle Heilung. Es scheint also, dass man zwei Formen von Katarrh der Stirnhöhle unterscheiden muss: eine weniger intensive ohne Verdunkelung beim Durchleuchten mit Durchgängigkeit des Ductus naso-frontalis und eine schmerzhafte mit Verdunkelung und Verlegung des Canals.

Egger (Paris): Beitrag zur Chirurgie der Stirnhöhle.

Redner schildert die verschiedenen beim Stirnhöhlenempyem empfohlenen Operationsmethoden und wendet sich dann speciell zur Killian'schen, die er bevorzugt. Seine Meinung hat er sich auf Grund eigener anatomischer Ansichten gebildet. Er ist zu dem Ergebniss gelangt, gewisse Modificationen der Killian'schen Methode anzuwenden.

Castex: Doppelseitiges Stirn- und Oberkieferhöhlenempyem.

Patient ist, nachdem zuerst der postoperative Verlauf günstig war, nach einem Monat an Meningitis der Hirnconvexität gestorben.

Lavrand: Lymphatischer Tumor der Mandel; Morcellement: Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab zwar, dass es sich um einen lymphatischen Tumor handelte, gestattete aber nicht zu unterscheiden, ob eine entzündliche oder wirkliche Neubildung vorlag.

Pieget: Mycosis der Mandeln und des Rachens.

Garel: Kehlkopfkrebs bei einem 18jährigen Mädchen.

Grossard: Stottern und adenoide Vegetationen.

Lermoyez: Spontanheilung des Antrumempyems.

Verf. unterscheidet drei Typen von Antrumempyem.

1. Acute Sinusitis; einfaches Uebergreifen eines Schnupfens auf die Höhle: leicht zu diagnosticiren.
2. Eigentliche chronische Sinusitis.
3. Das Empyem der Oberkieferhöhle.

L. betont die practische Wichtigkeit sowohl für Diagnose wie Therapie der Unterscheidung der beiden letzten Formen, deren Ursprung gewöhnlich ein dentaler ist und die sich unter einander sehr gleichen. Nach seiner Anschauung charakterisirt sich die chronische Sinusitis durch eine Eiterung, deren Quelle in der Höhle selbst zu finden ist, während es sich beim Empyem nur um ein Reservoir des aus anderer Quelle (Zähne, Stirnhöhle etc.) stammenden Eiters handelt. Die chronische Sinusitis erfordert chirurgische Radicalbehandlung, das Empyem kann gewöhnlich durch Ausspülungen vom unteren Nasengang aus geheilt werden,

wenn die Affection der Nachbarschaft, aus der der Eiter stammt, beseitigt ist. Zur Stellung der Differentialdiagnose verwerthet L. das Zeichen, das von Mahu angegeben ist und dem er grossen Werth beimisst.

Moure hält das Mahu'sche Zeichen nicht für ausreichend für die Differentialdiagnose.

Jacques und Berthèmes: Zwei Fälle von malignen Tumoren des Nasenrachens.

Im ersten Falle handelte es sich um ein Carcinom der hinteren und oberen Wand bei einem 50jährigen Manne, der über Nasenverstopfung klagte. Es bestanden weder Kopfschmerzen, noch Blutungen, noch Ausfluss aus der Nase. Der Tumor entsprang dem Rachendach und hatte eine Infiltration der ganzen hinteren Rachenwand bedingt. Von 1899 bis September 1903 hatte Pat. vier Operationen überstanden; jedesmal erfolgte Recidiv. Zur Zeit ist Patient im Stadium der Cachexie; der Tumor beginnt in die Nase hineinzuwachsen.

Der zweite Fall betraf einen 39jährigen Mann. Der Tumor sass an dem vorderen Rachendach, entsprang vom Vomer und ragte in den Nasenrachenraum hinein. Unter dem Mikroskop erwies er sich als ein Adenom mit epitheliomatöser Entartung.

Texier: Retropharyngealabscesse beim Säugling.

Luc: Vorstellung von Patienten, bei denen nach Killian das Stirnhöhlenempyem operirt worden ist.

Die Heilung ist erfolgt, ohne dass eine merkliche Entstellung resultirt ist.

Jacques hat die Killian'sche Methode so modificirt, dass die asymmetrische Deformation der Stirn vermieden wird. Diese Modification besteht darin, dass der verticale Theil der Höhle stehen gelassen wird und der Orbitaltheil durch totale Resection des Höhlenbodens vernichtet wird.

Moure findet, dass die Killian'sche Operation grosse Entstellungen zurücklässt. Die Ogston-Luc'sche Methode giebt in der Mehrzahl der Falle gute Resultate, wenn die Erkrankung fast nur die Stirnhöhle betrifft und die Höhle so weit ist, dass sie leicht mit Curette ausgeräumt werden kann. Verfahren, wie das Killian'sche und Kuhnt'sche, dürfen nach M. nur Ausnahmeverfahren sein, die nur dann indicirt sind, wenn die Ogston-Luc'sche Methode versagt.

Luc glaubt, dass die Fälle von Meningitis, die nach Anwendung der Ogston-Luc'schen Operationsmethode beobachtet wurden, auf das Bestehen einer Siebbeineiterung zurückzuführen sind, die nicht diagnosticirt und daher bei der Operation nicht berücks chtigt wurde.

Molinié: Behandlung bei Septumverbiegungen.

Georges Gellé: Rolle der Nasenkrankheiten für die Pathogenese des Thränenflusses.

Die Studie Gellé's gründet sich auf die Untersuchung der Nasenhöhlen von 100 Individuen, bei denen verschiedene Formen von Verengerung der Thränen-

wege bestanden. Im Gegensatz zu der allgemein acceptirten Ansicht glaubt G. nicht, dass es sich um eine rein mechanische Verlegung im Lauf einer Rhinitis hyperplastica handelt; nach seiner Ansicht liegt am häufigsten, wenn nicht immer, eine Infection vor. Trivas (Nevers.)

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Prof. E. Meyer (Berlin) hat sich zu seinem und unserem Bedauern wegen Zunahme anderweitiger Verpflichtungen gezwungen gesehen, von der ständigen Mitarbeiterschaft des Centralblatts zurückzutreten. Wir sagen ihm unseren besten Dank für seine mehrjährige erspriessliche Thätigkeit.

Dr. Leopold Harmer hat sich als Privatdocent für Laryngologie und Rhinologie an der medicinischen Fakultät der Wiener Universität etablirt.

Der Herausgeber des Centralblatts ist zum correspondirenden Mitglied der schwedischen Gesellschaft der Aerzte gewählt worden.

Professor Siebenmann in Basel, bisher Prof. extraordinarius, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

An der Universität Bordeaux ist eine Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenleiden errichtet und der Leitung unseres werthen Mitarbeiters, Dr. Moure, unterstellt worden. Es ist dies die erste Anstalt der Art, welche an einer französischen Universität ins Leben gerufen worden ist. Vivant sequentes!

Zur Technik der Thyreotomie bei bösartigen Kehlkopfneubildungen.

Es sind keine weiteren Beiträge zu dieser Frage eingegangen, und ich möchte mich der Hoffnung hingeben, dass dieselbe nunmehr auf dem europäischen Continent und in Amerika einer möglichst allgemeinen Prüfung in den Frühstadien des internen Kehlkopfkrebses — aber auch nur in diesen — mit genauer Einhaltung der in England erprobten Technik unterzogen werden möge.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, April. 1904. No. 4.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **J. J. Pontag. Untersuchung des russischen Rauchtabaks und des Cigarettenrauches.** *Zeitschr. für Untersuchung der Nahrungs- u. Genussmittel. 6. Jahrg. Heft 15. S. 673.*

Aus der interessanten Arbeit, deren eingehendes Studium empfohlen wird, sei Folgendes hervorgehoben: Die Schädlichkeit des Rauchens kann nicht bestritten werden, insbesondere wenn man die Menge der schädlichen Stoffe in Betracht zieht, die der Raucher in seinen Organismus einzieht. Beim Rauchen von 20 Cigaretten täglich spricht man noch nicht von einem starken Raucher; denn es giebt Personen, die täglich 30, 40, 50 und mehr Cigaretten rauchen. Eine Cigarrette enthält ungefähr 0,5 g Tabak, wovon beim Rauchen 0,45 g verraucht werden. Nimmt man nun an, dass der Tabak etwa 2 pCt. Nikotin enthält, wovon ungefähr die Hälfte beim Rauchen in den Rauch gelangt, so ergiebt sich, dass ein Raucher, der täglich 20 Cigaretten raucht, neben Schwefelwasserstoff, giftigen harzigen Producten, grossen Mengen Kohlensäure folgende Stoffe in seinen Organismus einzieht: Nikotin 0,090 g, Pyridinbasen 0,011 g, Ammoniak 0,032 g, Blausäure 0,0006 g, Kohlenoxyd 360 ccm. Wenn diese Mengen des Nikotins, der Blausäure und des Kohlenoxyds im ganzen in dem Organismus des Rauchers bleiben, können sie bei einem wenig an Rauchen Gewöhnten den Tod herbeiführen.

J. KATZENSTEIN.

2) **Ravicini. Ueber die toxische und baktericide Wirkung des Tabakrauchs. (Sull'azione tossica e battericida del fumo di tabacco.)** *Rivista d'Igiene. No. XI. 1903.*

Verf. hat die Einwirkung des Tabakrauchs auf den Friedländer'schen Bacillus, den Staphylococcus pyogenes aureus, den Löffler'schen Bacillus und den Turberkelbacillus studirt. Der letztere erwies sich als der resistenteste; doch trat ein Entwickelungsstillstand bereits nach relativ kurzer Zeit ein. Der Pneumobacillus und der Staphylococcus wurden bereits nach wenigen Minuten getödtet.

FINDER.

3) T. Mancioti. **Der Tabak. Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten bei den Arbeiterinnen der Königl. Manufactur in Rom. (Il tabacco. Lesioni dell'orecchio del naso e della gola nelle operaie della R. manifattura di Roma.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio, della gola e del naso. Januar-Februar 1904.*

Verf. hat 335 Tabakarbeiterinnen auf Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres untersucht. Von diesen litten 301 an Pharyngitis und von diesen waren bei 41 auch Complicationen seitens des Kehlkopfs vorhanden. Die Häufigkeit der Halserkrankungen steht in directem Verhältniss zu der Zahl der Arbeitsjahre und zu der Art der Beschäftigung. Von den 35 gesunden Arbeiterinnen sind nämlich 25 in der Abtheilung beschäftigt, wo die Cigaretten gezählt und verpackt werden; alle anderen arbeiten in den Räumen, in denen die Tabaksblätter sortirt und verarbeitet werden. Da in den letzteren sehr viel Tabakstaub ist, in den ersteren nicht, die Nikotinmenge aber in beiden Abtheilungen gleich ist, so folgert Verf., dass es bei den Erkrankungen des Pharynx sich nur um eine mechanische Wirkung des Tabakstaubes, nicht etwa um eine chemische auf die Schleimhaut handelt.

FINDER.

4) John Hunter. **Die medicamentöse Behandlung von Hals- und Nasenkrankheiten. (The medical treatment of diseases of the nose and throat.)** *Dominian Medical Monthly. September 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

5) Jacob E Schadle. **Die Beziehung zwischen Krankheiten der Nase und des Halses und allgemeinen Krankheiten. (The relationship between diseases of the nose and throat and general diseases.)** *St. Paul Medical Journal. August 1903.*

Die Arbeit muss im Original nachgelesen werden, sie enthält eine Fülle des Interessanten.

EMIL MAYER.

6) Dundas Grant (London). **Krankheiten der Nase, des Halses und Ohres. (Diseases of the nose, throat and ear.)** *The Policlinic. London. Mai 1903.*

Der Autor giebt einen kurzen Bericht über einige von ihm vor dem London Medical Graduates College vorgestellte Fälle; es befinden sich darunter: ein Fall von persistirendem Oedem bei einer Frau mittleren Alters; ein Fall von Epistaxis, mit galvanokaustischer Aetzung des Septums behandelt, und ein Fall von Septumverbiegung, bei dem eine Modification der Moure'schen Operationsmethode zur Anwendung gelangte.

JAMES DONELAN.

7) Beverly Robinson. **Magen- und Darmstörungen und Krankheiten der Luftwege. (Stomachal and intestinal derangements and affections of the air passages.)** *N. Y. Medical Journal. 21. November 1903.*

Der Zusammenhang von Affectionen der Luftwege mit Störungen der Verdauung kann auf drei Wegen zu Stande kommen: 1. Die Erkrankung von Nase und Hals kann der Ausdruck eines allgemeinen constitutionellen Zustandes sein. 2. Sie kann die Folge einer directen Reizung sein, die durch saures Aufstossen oder Erbrechen verursacht wird. 3. Sie kann secundär durch bakterielle Invasion

bedingt sein, die primär von der durch fehlerhafte oder mangelhafte Verdauung verursachten Verminderung der Widerstandsfähigkeit der Gewebe abhängt. Andererseits können Verdauungsstörungen abhängen vom Verschlucken eines von der Nasen- oder Rachenschleimhaut abgesonderten Secretes. Klinische Erfahrung hat ferner gezeigt, dass gewisse Verdauungsstörungen nach Operation einer Septumleiste, nach Entfernung der vergrösserten Tonsillen oder adenoiden Vegetationen sich besserten.

LEFFERTS.

8) **Heubner** (Berlin). **Ueber einen Fall von Soor-Allgemeininfection.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 33/34. 1903.*

Bei einem Kinde von 1 Jahr und 4 Monaten Schnupfen, zunehmende Kurzathmigkeit. Nach 14 Tagen bot es dem oberflächlichen Blick die Zeichen eines intensiven Scharlachdiphtheroids dar, doch sprach dagegen, sowie gegen Diphtherie eine eigenthümlich trockene, bröckelige Beschaffenheit der Beläge, die die Tonsillen und die Uvula bedeckten, und die geringe Betheiligung der Lymphdrüsen. Im Abstrichpräparat keine Diphtheriebacillen, aber Strepto- und Staphylokokken, sowie einige Soorpilzformen (Mycel, Zellen).

Das Kind ging unter den Erscheinungen der Sepsis zu Grunde. Obductionsbefund: Pharyngitis et Tonsillitis gangraenosa diphtherica, Nephritis et Hepatitis parenchymatosa, Hyperplasia lienis.

Dem Verf. gelang es, sowohl aus dem Abstrich den Soorpilz rein zu züchten, als auch ihn histologisch in den nekrotischen Rachenbezirken und in den Nieren aufzufinden. Daneben waren „fadenbildende" Stäbchen vorhanden, über deren Bedeutung für die Krankheit Verf. zweifelhaft ist. Für sicher hält er es aber, dass der Soor durch schwere Allgemeininfection den Exitus letalis herbeigeführt hat.

ZARNIKO.

9) **Löwenbach** (Wien). **Ueber Behandlung schwerer Syphilisformen mit Jodquecksilberkakodylat.** *Wiener med. Wochenschr. No. 9. 1903.*

Das Präparat wurde in Dosen von 3 ccm mittelst einer Pravazspritze mit langer, dünner Canüle in die Glutaealgegend intramusculär injicirt. Während in Fällen leichter Syphilisformen jede Wirkung ausblieb, wurde es mit sehr gutem Erfolge bei kachektischen, anämischen Individuen mit ulcerösen und gummösen Formen im Früh- oder Spätstadium angewendet, selbst dann, wenn andere Arten der Hg- und Jodtherapie ohne jeden Einfluss blieben.

CHIARI-HANSZEL.

10) **Algernon S. Barnes** jun. **Behandlung syphilitischer Affectionen der Nase und des Halses. (Treatment of syphilitic lesions of the nose and throat.)** *Medical fortnightly. 26. October 1903.*

Indolente Geschwüre oder Plaques werden mit reinem Formol behandelt. Bei Jodkali- und Quecksilbercuren empfiehlt sich gleichzeitige Darreichung von Roborantien, wie Leberthran, ferner besonders reichliche Ernährung. Verf. giebt das Jodkali oder Leberthran sechs Tage lang und am siebenten ein Laxativum.

EMIL MAYER.

11) **F. Weitlaner. Zur Verhütung einer bestimmten Art extragenitaler Syphiliseinschleppung.** *Wiener klin. Rundschau. No. 28. 1903.*

Nach Mittheilung zweier Fälle von „Familienlues", welche mehrere Mitglieder einer Familie auf oralem Wege von einem hereditär syphilitischen Pflegekinde acquirirten, stellt Verf. die Forderung strengster Controle aller Pflegekinder auf. Im Falle eines positiven Befundes wäre das Kind sofort in eine Anstalt zur Behandlung Syphilitischer abzugeben.

CHIARI-HANSZEL.

12) **J. P. C. Griffith. Plötzlicher Tod im frühen Lebensalter mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten Thymustodes. (Sudden death in early life with especial reference to the so-called thymus death.)** *N. Y. Medical Journal. 27. Juni 1903.*

Verf. glaubt nicht, dass die Theorie von der „Hyperthymisirung" des Blutes oder von irgend welcher anderen Form der Autointoxication, die ihren Grund in einer vergrösserten Thymusdrüse hat, durch klinische Thatsachen gestützt wird. Das Vorkommen eines plötzlichen Todes infolge von Druck durch eine vergrösserte Thymus hält er zwar für möglich, doch äusserst selten. Dass die Thymus in einigen Fällen von plötzlichem Tod als Todesursache angeschuldigt wurde, beruht nur darauf, dass sie post mortem vergrössert gefunden wurde; es handelt sich also nur um eine Annahme. Die Meinung des Verf.'s lässt sich dahin resumiren, dass, wenn auch bisweilen plötzlicher Tod infolge von Laryngospasmus oder Vergrösserung der Thymus vorkommt, es sich doch in den meisten darauf zurückgeführten Fällen in Wirklichkeit um eine Herzsynkope neurotischen Ursprungs handelt, die mit Vergrösserung der lymphatischen Organe vergesellschaftet sein kann oder nicht.

LEFFERTS.

13) **Eleanor C. Jones. Vergrösserte Thymus beim Kind. (Enlarged thymus in an infant.)** *Annals of Gynecology and Pediatry. October 1903.*

Ein $3^1/_2$ Monate altes Kind starb plötzlich, nachdem es einige Stunden lang Unruhe und beschleunigte Athmung gezeigt hatte. Bei der Autopsie fand sich Anschwellung der Lymphdrüsen, der Thymus und der Milz. Die Thymus war 7 cm lang, $3^1/_2$ cm breit und 2 cm dick. Der Tod erfolgte wahrscheinlich infolge Herzlähmung.

EMIL MAYER.

14) **M. L. Burrell. Kiemengangcyste. (Branchial cyst.)** *Boston Medical and Surgical Journal. October 1903.*

Bei der Incision fand man eine schlauchförmige Höhle, die sich nach unten zur linken Seite des Schildknorpels erstreckte. Bei der Ablösung des Sackes vom Schildknorpel wurde die Membrana crico-thyreoidea eröffnet und mit feiner Seide vernäht. Sehr schwierig gestaltete sich die Trennung der Cystenwand aus dem umgebenden Gewebe. Verf. warnt davor, Stücke der Wand zurückzulassen, weil von ihnen aus Recidive entstehen können.

EMIL MAYER.

15) **H. Walsham** (London). **Einige Beobachtungen über Tuberculose der Cervical- und Bronchiallymphdrüsen. (Some observations on tuberculosis of the cervical and bronchial lymphatic glands.)** *Monographie aus dem Journal of Pathology and Bacteriology. 1901.*

Verf. stellt folgende Fragen zur Discussion:

1. Findet sich der Tuberkelbacillus oder Involutionsformen von ihm stets in skrophulösen Drüsen?

2. Welche Veränderungen macht der Bacillus in diesen Drüsen durch?

3. Was für histologische Veränderungen bewirkt der Bacillus in der Drüse?

In 26 Fällen hat Verf. Untersuchungen an Drüsen angestellt und hat Folgendes dabei feststellen können:

ad 1: Tuberkelbacillen oder Schrön'sche Kapseln wurden in allen Fällen gefunden. Die Bacillen waren spärlich im Centrum und zahlreich an der Peripherie der verkästen Massen. Die Kapseln fanden sich ausschliesslich in Drüsen mit vorgeschrittener Verkäsung. Es besteht kein Zweifel, dass es sich bei den sogenannten skrophulösen Drüsen um tuberculöse Erkrankungen handelt und dass der Tuberkelbacillus allein für die skrophulöse Veränderung verantwortlich gemacht werden muss.

ad 2: Veränderungen, die an den Tuberkelbacillen constatirt wurden: die Bacillen sind lang, dünn, isolirt oder kurz in Haufen liegend; im rechten Winkel gebogen; sie färben sich zum Theil schlecht.

ad 3: Als histologische Veränderungen in den Drüsen sind anzuführen: Einfache Hyperämie, Schwellung, Pigmentation, Proliferation des Maschenwerkes, Verschwinden der Lymphzellen.

In Bezug auf den Infectionsmodus beruft sich Verf. auf eine frühere Arbeit von ihm über „Latente Tonsillartuberculose“ (Transact. Pathol. Soc. London 1898), in der er dargelegt hat, dass die Tonsillen den primären Kranheitsherd darstellen, von dem aus die Drüsen erst secundär befallen werden. Wenn die Cervicaldrüsen stärker erkrankt sind als die Lungen, dann betrachtet Verf. diese als auf demselben Wege inficirt.

Von den Untersuchungen Zuckerkandl's, aus denen hervorgeht, dass in 73 pCt. der Fälle von Drüsenerkrankung am Halse die Infection durch cariöse Zähne geschieht, hat Verf. keine Notiz genommen.

JAMES DONELAN.

16) **W. G. Sutcliffe. Die operative Behandlung der tuberculösen Halsdrüsen. (The operative treatment of tuberculous glands of the neck.)** *Lancet. London 14. November 1903.*

Verf. bezeichnet es als erstrebenswerth, die Krankheit auf einmal zu beseitigen und die Incisionen so zu machen, dass möglichst wenig entstellende Narben bleiben. In einer geringen Zahl von Fällen sind nur die oberflächlichen Drüsen erkrankt; das kommt nach des Verf.'s Erfahrung aber sehr selten vor. Für die meist in Betracht kommenden Fälle empfiehlt Verf., die Incision in der gewöhnlich vorhandenen Hautfalte zu machen, die von der Regio thyreo-hyoidea in der Richtung nach dem Ohrläppchen zu hinzieht. Die früher gemachte Incision

längs des vorderen Randes des M. sterno-cleido-mastoidous lässt eine hässliche Narbe. Wenn — was vorkommen kann — der grössere Theil der Drüsen in dem hinteren Halsdreieck liegt, so muss eine Incision gemacht werden von dem hinteren Rande des Drüsentumors nach vorn und unten, bis sie den hinteren Rand des Sternocleido-mastoideus ungefähr in seiner Mitte trifft. JAMES DONELAN.

17) **Albert E. Rogers. Behandlung der Halsdrüsenentzündung infolge Tonsillarinfection. (Treatment of cervical adenitis due to tonsillar infection.)** *N. Y. Medical Record. 28. November 1903.*

Die Cervicaldrüsen empfangen ihre Lymphgefässe von den Tonsillen und wenn diese einmal inficirt sind, so ist die Infection der Drüsen sehr leicht. Bei jeder acuten Tonsillitis ist energische Behandlung angezeigt, um der Entstehung einer Adenitis vorzubeugen; Verf. schlägt zu diesem Zweck vor, 5 proc. wässerige Jodlösung in die Krypten der Tonsille zu appliciren. In allen Fällen von chronischer Lymphadenitis colli amputirt er, bevor er zur Incision der Haut schreitet, die Tonsille, um so ein für alle Mal die Infectionsquelle zu beseitigen.

LEFFERTS.

18) **Robert B. Duncan** (Kenton-Victoria). **Die medicamentöse und chirurgische Behandlung des spastischen Schiefhalses. (The medical and surgical treatment of spasmodic torticollis.)** *Intercolonial medical Journal of Australasian. September 1903.*

Verf. beschreibt den Fall eines 48jährigen Mannes. Medicamentöse Behandlung hatte keinen Erfolg und auch nach Resection eines Stückes vom N. accessorius spinalis trat keine Besserung ein, ebensowenig nach Operationen am N. spinalis accessorius der anderen Seite und der ersten drei Cervicalnerven. Schliesslich brachte die Anwendung von subcutanen Morphininjectionen Heilung.

A. BRADY.

b. Nase und Nasenrachenraum.

19) **B. C. Kelly. Nasenverbiegungen. (Nasal deflections.)** *New Albany Medical Journal. Februar 1902.*

Verf. rühmt die Vorzüge der Ash'schen Operationsmethode.

EMIL MAYER.

20) **E. B. Gleason. Eine Operation zur Correction von Verbiegungen der Nasenscheidewand. (An operation for correction of deflections of the nasal septum.)** *Laryngoscope. August 1902.*

Verf. betrachtet als den Hauptgrund für die häufige Erfolglosigkeit von Septumoperationen die Elasticität des Septumknorpels, infolge deren die Neigung des Septums besteht, nach der Operation allmälig wieder in die fehlerhafte Stellung zurückzuweichen. Die Operation besteht in der Anlegung eines ⊔förmigen Schnittes über der verbogenen Partie; die verticalen Schenkel des ⊔ werden so lang als möglich angelegt, weil ein langer Lappen in jeder ihm verliehenen Po-

sition verbleibt, während ein kurzer die Neigung hat, in seine frühere Lage zurückzuspringen. Der Lappen wird dann durch den in die Nase eingeführten Finger in die gewünschte Lage gebracht.

EMIL MAYER.

21) **George Fetterolf. Eine einfache Methode zur Correction gewisser Deformitäten der Nasenscheidewand. (A simple method of correcting certain deformities of the nasal septum.)** *Laryngoscope. August 1902.*

Verf. hat eine Säge-Feile angegeben, die in drei verschiedenen Grössen geliefert wird (bei Joseph C. Ferguson jr., Philadelphia). Mit dieser macht er ein, zwei oder drei Einschnitte in das verbogene Septum bis auf das Perichondrium der entgegengesetzten Seite. Je nach der Art und Stärke der Verbiegung werden diese Einschnitte verschieden angelegt. Das untere Fragment wird dann mit einer Zange an seiner basalen Anheftungsstelle abgebrochen und nach der anderen Seite hinübergebogen — Uebercorrection. Die anderen Segmente werden hinübergedrängt. Dann wird eine Kyle'sche Tube eingeführt, die fünf Tage liegen bleibt.

EMIL MAYER.

22) **Beaman Douglass. Fehlschlüsse bei der Septumbehandlung. (Septal fallacies.)** *Laryngoscope. April 1903.*

Der Artikel entstammt der Feder eines Autors, der vor einigen Jahren eine „neue“ Operation für Septumdeviationen empfahl und Instrumente angab, die nach ihm benannt waren. Diese Instrumente glichen so sehr den als Hajek'schen bekannten, dass sie kaum von diesen zu unterscheiden waren; auch war an der „neuen“ Operation nichts Neues. In vorliegendem Aufsatz verfolgt der Verf. zur Evidenz das Ziel, nachzuweisen, dass jeder Andere im Unrecht und nur er allein im Recht ist.

EMIL MAYER.

23) **Caboche. Ein Verfahren zur Behandlung der Scheidewandverbiegung. (Un procédé de traitement de la déviation de la cloison nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. p. 510. 1903.*

Verf. hat vor Allem die Verbiegungen des knorpligen Septums im Auge; es handelt sich bei seinem Verfahren um eine Combination der Ash'schen Methode mit der Ablösung der Spina nasalis auf dem sublabialen Wege. Nachdem durch die Cartilago triangularis eine Incision nach Ash gemacht ist, wird an der Uebergangsstelle von der Oberlippenschleimhaut zum Zahnfleisch ein 15 cm langer Einschnitt bis auf den Knochen gemacht, das Periost abgelöst und die Spina nasalis frei gelegt. Dann wird mit dem Meissel die Spina nasalis und der Vomer dicht am Nasenboden abgelöst und diese Ablösung soweit nach hinten fortgesetzt, wie es nöthig ist. Die Graderichtung des Fragments ist dann leicht. Eine Mayer'sche Tube hält die Fragmente in der gewünschten Lage und bleibt 14 Tage liegen. Die Lippen-Zahnfleischwunde wird unmittelbar vernäht. Die Operation stellt eine Modification des Moure'schen Verfahrens dar.

E. J. MOURE

24) **T. Payson Clark. Bericht über zwei Fälle von Operation wegen Deformität der Nase. (Report of two cases operated on for deformity of the nose.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. 6. März 1902.*

Verf. beschreibt einen Fall, in dem er durch Operation eine Geschwulst der

Cartilago triangularis entfernte und dadurch eine Deformität der Nase beseitigte. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Verdrängung der Nasenbeine nach links und übermässige Römernase. Das rechte Nasenbein war erheblich verdickt und es war nicht möglich, die Nasenbeine vom Os frontale durch die Naht zu trennen. Operation brachte Besserung; die vorher für die Athmung undurchgängige rechte Nase wurde wieder durchgängig.

EMIL MAYER.

25) **Winckler. Ueber Correction schiefer Nasen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 8. 1903.*

Die Correction alter Nasenbrüche ist technisch oft ungemein schwierig. In zwei Fällen von unvollkommener Luxation der Cartil. quadr. mit alter Fractur der Nasenbeine verwandelte W. in Narkose an der Fracturstelle durch einige kräftige Hammerschläge auf das vorher gut gepolsterte knöcherne Nasendach den Bruch in einen frischen und stellte dann durch endonasale Tamponade die Nase wieder gerade. Meist jedoch kommt man mit dem gewaltsamen Redressement der fracturirten Nasenspitze nicht zum Ziele. In zwei von W. operirten Fällen wurde die Ablösung der Nasenschleimhaut vom Boden der Nasenhöhle und Septum vorgenommen und die luxirte Knorpelplatte entfernt. Die Details der Operation sind folgende:

1. Hintere Tamponade nach völliger Narkose.
2. Incision durch die Uebergangsfalte zwischen Lippen- und Oberkieferschleimhaut von der Spina septi bis zum Eckzahn der Seite, an welcher die Septumoperation stattfinden soll, bis auf den Knochen.
3. Zurückstreifen der Schleimhaut und des Periostes, um Klemmen und Schieber an den Schnitträndern anlegen zu können.
4. Ablösen der Weichtheile nach oben, Freilegen des Nasenbodens, Einlegen eines Wundhakens.
5. Freipräpariren des Uebergangs der Knorpelplatte des Septum in den häutigen Septumabschnitt, möglichst stumpf. Ablösen der Septumbedeckung, soweit dies nöthig erscheint.
6. Incision auf den Knorpel dicht an obiger Stelle und von hier aus Entfernung der Knorpelplatte.
7. Einbrechen des vorher gepolsterten Nasenrückens durch einige Hammerschläge gegen die Fracturstelle.
8. Reposition und Naht.

Die Details und Krankengeschichten sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

26) **H. Pegler. Ein Septotom zum Gebrauch bei Moure's und anderen Operationen von Verbiegungen der Cartilago triangularis. (A septotome for use in Moure's and other operations for deflection of the triangular cartilage.)** *Lancet. 7. März 1903.*

Das Instrument ist der Moure'schen Scheere sehr ähnlich, nur ist es etwas länger und schmäler. Die Arbeit ist mit Abbildungen versehen.

ADOLPH BRONNER.

27) **Joseph A. White. Eine neue Operation für die Correction der Sattelnase. (A new operation for the correction of saddle-back deformity of the nose.)** *Virginia Medical Semimonthly. 15. Juli 1903.*

Die Cutis und das subcutane Gewebe an der Depressionsstelle werden subcutan vom Septum losgelöst, so dass eine Sonde von einem Nasenloch zum andern über die Cartilago triangularis hineingeführt werden kann, die gewöhnlich deprimirt und unter den Vomer geschoben ist. Dann wird der untere seitliche Knorpel, der einen Theil des Stützwerks des Nasenflügels bildet, gespalten bis zu seinem Ansatz an dem Septumknorpel. Wenn dies beiderseits gemacht ist, so hängt an jedem Nasenloch ein Lappen, der an dem vom Septumknorpel und Alarknorpel gebildeten Winkel befestigt ist. Ein mit zwei Nadeln armirter Faden wird durch das hintere Ende dieses Lappens gezogen. Dann werden die Nadeln oben durch die zwischen dem Septumknorpel und den darüber liegenden Weichtheilen durch die Löslösung der letzteren gebildete Lücke unter der Haut und über dem Knorpel hindurchgeführt und dann durch den oberen seitlichen Knorpel und die Haut der entgegengesetzten Seite. Dadurch, dass die beiden Enden des Fadens über einer Bandrolle zusammengeknüpft werden, wird der Lappen nach oben in die Lücke zwischen Haut und Septum gezogen und dort festgehalten. Wenn die beiden Lappen in diese Lage gebracht sind, so füllen sie den Raum zwischen Knorpel und Haut völlig aus und es entsteht eine Erhebung dort, wo vorher eine Depression war. Während des Heilungsprocesses schrumpft diese Erhebung allmälig, so dass schliesslich ein gradliniges Profil resultirt.

EMIL MAYER.

28) **W. Walsham. Ueber einige Operationen zur Geraderichtung schiefer und eingesunkener Nasen. (On some operations for rectifying crooked and depressed noses.)** *Lancet. 4. April 1903.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die verschiedenen in Betracht kommenden Operationsmethoden, einschliesslich der Paraffinbehandlung. Mit der letzteren hat er gute Dauererfolge erzielt.

JAMES DONELAN.

29) **Harris Peyton Mosher. Die Anwendung von Cargile-Membran in der Nase, um Verwachsungen vorzubeugen. (The use of Cargile membrane in the nose in order to prevent adhesions.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 26. Februar 1903.*

In den letzten Jahren hat man in der Abdominalchirurgie zur Verhütung von Verwachsungen sich thierischer Membranen, dargestellt aus dem Peritoneum von Rindern und nach dem Erfinder Cargile-Membran genannt, bedient. Sie glichen in ihrem Aussehen den Goldschlägerhäutchen und werden in einer doppelten Enveloppe sterilisirt. Als dem Verf. vor einiger Zeit ein Fall von ausgedehnter postoperativer Verwachsung in der Nase zur Behandlung kam, versuchte er, nachdem er die Verwachsung durchtrennt hatte, die Anwendung der Membran. Trotzdem der Erfolg zufriedenstellend war, zeigte sich doch deutlich, dass die Anwendung in der Nase eine grosse Schwierigkeit hatte: es ist sehr schwer eine einzelne Lage des dünnen Häutchens auf die Wundfläche zu appliciren und in Folge der Athmung knüllt es sich in der engen Nase zu einem Ballen zusammen. Das

Gleiche ist der Fall, wenn ein Tropfen Blut damit in Berührung kommt. M. fand, dass die Einführung sich erheblich vereinfacht, wenn er die Membran zu einem — mehrere Lagen dicken — Streifen zusammenfaltet. Man kann sie so mehrere Tage zwischen den beiden Wundflächen liegen lassen. Verf. hat sich der Cargile-Membran auf diese Weise in ausgedehntem Maasse zur vollsten Zufriedenheit bedient; er gebraucht sie nach Cauterisationen der Muschel, nach Absägung vom Leisten, nach Operation der Scheidewandverbiegungen etc. Da die Membran ausserdem die Eigenschaft hat, das Epithelwachsthum anzuregen, benutzt er sie, um den Verschluss von Perforationen anzustreben, nachdem er die Ränder angefrischt hat.

EMIL MAYER.

30) **E. Lindström** (Schweden). **Defectus nasi. Rineplastik.** *Hygiea. p. 714. 1902.*

Der Fall hat nur rein chirurgisches Interesse.

E. SCHMIEGELOW.

31) **König** (Altona). **Zur Deckung von Defecten der Nasenflügel.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 7. 1902.*

K. schlägt (nach einem günstig verlaufenen Falle) vor, Defecte der Nasenflügel, besonders nach Lupus, durch Haut-Knorpel-Lappen aus der Ohrmuschel zu decken.

SALOMON (ZARNIKO).

32) **Holländer** (Berlin). **Ueber die Frage der mechanischen Disposition zur Tuberculose nebst Schlussfolgerungen für Nasenplastiken nach Lupus.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 14. 1902.*

Im Anschluss an die Demonstration von drei Fällen von Rhinoplastik entwickelt Verf. den Gedanken, dass nach mechanischer Verlegung der Nasenrespiration sich ein Lupus constant zur descendirenden Form der Tuberculose der oberen Luftwege entwickelt. Dieselbe kann aber secundär ausheilen, wenn man den primären Lupus heilt und die Stenose der Nasenlöcher beseitigt. Umgekehrt kann eine unzweckmässige Rhinoplastik durch Verengerung der Nasenlöcher ein Recidiv des bereits geheilten Lupus hervorrufen.

SALOMON (ZARNIKO).

33) **J. Joseph** (Berlin). **Ueber einige weitere Nasenverkleinerungen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 36. 1902.*

Projectionsdemonstration von 10 nach des Verf.'s Methode operativ verkleinerten Nasen in der Berliner med. Gesellschaft vom 7. November 1900. — Ohne die Bilder nicht referirbar.

SALOMON (ZARNIKO).

34) **Neudörfer** (Wien). **Operative Verkleinerung der Nase.** *Wien. klin Wochenschrift. No. 43. 1903.*

Gersuny verkleinerte eine im Verhältniss zu weit aus dem Gesichte hervortretende, in der Gegend der Cartilago triangularis höckerige Nase auf folgende Weise: Querschnitt durch das Septum mobile nahe der Nasenspitze. Durchtrennung des knorpeligen Septums in einer Richtung, dass der Schnitt unter der Haut des Nasenrückens nahe der Nasenspitze endete. — Abheben der unverletzten Haut vom Nasenrücken mittelst eines Elevatoriums, dessen Mitte einen scharfen Meissel

vorstellt, bis zur Nasenwurzel-Durchtrennung des knorpeligen und knöchernen Septums in der Richtung des Abtragungsschnittes, Entfernung des Nasenhöckers. Da der jetzt gerade Nasenrücken wegen des Abstandes der Seitenwand des knöchernen Gerüstes zu breit war, wurde diese Seitenwand medianwärts eingebrochen. Der Querschnitt im Septum mobile wurde durch drei Knopfnähte vereinigt. Schöner kosmetischer Erfolg. CHIARI.

35) **v. Hacker. Rhinoplastik.** (Wissenschaftliche Aerztegesellsch. in Innsbruck, 8. März 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 38. 1902.*

Dem Patienten wurde von einem Pferde die Nasenspitze abgebissen. — Der Defect wurde durch Herabschieben eines am Septum gestielten Schleimhautknorpellappens beiderseits in gleicher Weise gedeckt. — Günstiges Resultat.

CHIARI-HANSZEL.

36) **R. Wreden. Die Bildung der Nase aus dem Finger. (Obrasewanie nosa is palza.)** *R. Wratsch. p. 717. 1902.*

Die Nase wird hier aus dem 4. Finger der linken Hand in zwei Zeiten gebildet. Man entfernt den Nagel, frischt die Seitenränder des Fingers und die Nasenöffnung an, näht den Finger in die Wunde ein und lässt ihn 4 Wochen im Gypsverbande liegen. Die Nase wird zweimal täglich verbunden. Nach Ablauf von 4 Wochen wird der Finger von der Hand getrennt und die erste Phalanx umgebogen zur Bildung eines Septums. W. hat zwei Fälle so operirt. P. HELLAT.

37) **Waltz** (Hamburg). **Die Rhinoplastik aus dem Arm.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 69. Bd. 1. u. 2. H. 1903.*

Zwei Fälle von Nasenlupus durch Lappenbildung aus der Radialseite des Vorderarms mit gutem kosmetischen Resultat behandelt. SEIFERT.

38) **Nicoladoni. Deckung eines Nasendefectes.** (Verein der Aerzte in Steiermark, 9. Juni 1902.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 14. 1903.*

N. liess ein Stück Rippenknorpel unter der Stirnhaut einheilen und verwendete dasselbe später zur Plastik nach einem ausgedehnten Nasendefect.

CHIARI-HANSZEL.

39) **Koschier. Nasenplastik wegen Sklerom nach Föderl's Methode.** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 6. November 1903.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 46. 1903.*

Die Nase und Oberlippe wurde, soweit erkrankt, in einer Sitzung entfernt, erstere vollständig, letztere bis auf das Lippenroth. Plastik der Oberlippe von den Wangen her. Sodann wurde eine gelochte Celluloidplatte zwischen Haut und Periost der Stirn eingeführt, welche der gewünschten Form der zukünftigen Nase entsprach und einen Fortsatz für das Septum besass. 4 Wochen später wurde der aus Haut, Celluloidplatte und Periost bestehende Lappen excidirt und nach entsprechender Drehung mit den aufgefrischten Rändern des Nasendefectes vernäht. Die jetzige Form der Nase ist ziemlich gut. Vortheil dieser Methode ist, dass wegen des Celluloidgerüstes die Nase nicht einsinken kann. CHIARI.

40) **W. J. Walsham. Eine neue Form von Nasenbandage. (A new form of nasal truss.)** *Lancet. 24. Januar 1903.*

Der Apparat soll den Fehler beseitigen, der den bisherigen anhaftete, dass nämlich die Stirnplatte die Neigung hatte, sich seitlich zu verschieben und nach oben auf die Stirn zu rutschen. Es ist eine Abbildung beigegeben. Der Apparat ist verfertigt bei Arnold u. Sons, West Smithfield, London E. C. A. BRONNER.

41) **Imhofer. Aetiologie des chronischen Nasen-Rachenkatarrhs.** (Verein deutscher Aerzte in Prag, März 1903.) *Wien. med. Wochenschr. No. 34. 1903.*

Besprechung der bekannten Schädlichkeiten im Berufe, Staub, Rauch etc. Hervorgehoben wird die Pharyngitis bei Verdauungsstörungen (Pharyng. gastrica dyspeptica), die sich durch Erweiterung, Schlängelung der Pharynxvenen mit Varicenbildung, sulzige Quellung der Schleimhaut und Blässe, sowie livide Verfärbung manifestirt. CHIARI.

42) **Thos. J. Harris. Nasenrachenfibrom. (Fibroma of naso-pharynx.)** *Laryngoscope. 25. Juli 1903.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

43) **Chavasse. Nasenrachenpolypen auf dem bucco-pharyngealen Wege exstirpirt. (Polypes du naso-pharynx extraits par la voie bucco-pharyngée.)** *Archives Internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie. I. 1903.*

Mittheilung zweier Fälle; es handelte sich beide Male um einfache Fibrome mit myxomatösen Partien in denselben. E. J. MOURE.

44) **J. Harris. Einige Bemerkungen über die Aetiologie der Rachenmandelhyperplasie im Licht neuer Forschungen. (Some remarks on the etiology of hyperplasia of the pharyngeal tonsil in the light of recent investigations.)** *Laryngoscope. Juli 1903.*

Verf. kommt zu dem Ergebnisse, dass die Rachentonsille ein Schutzmittel des Organismus gegen Bakterieninvasion darstellt; ihre Aufgabe erfülle sie durch Berieselung der Oberfläche mit einem mit Leukocyten beladenen Lymphstrom. Dies bringt auch die Neigung der Rachenmandel zur Hyperplasie mit sich, diese Tendenz zeigt sich auch in dem Recidiviren nach der Operation. Verf. sieht in der grossen Mehrzahl der Fälle in diesen Hyperplasien keinen pathologischen, sondern einen physiologischen Vorgang. EMIL MAYER.

45) **Uffenorde** (Göttingen). **Beiträge zur Histologie der hyperplastischen Rachentonsille.** *Dissert. Göttingen 1903.*

Die Untersuchungen beziehen sich auf 64 Fälle aus der Bürkner'schen Klinik. Bei der Exstirpation der Rachentonsillen wurde die Jurasz'sche Zange angewandt und mit dem Gottstein'schen Ringmesser nachgeschabt. Bei der histologischen Untersuchung wurde speciell auf das Verhalten des Epithels geachtet. Schleimcysten fand U. in 5 Fällen = 8 pCt., choleastatomöse Cysten 4 mal = 6 pCt. In 3 Fällen wurden einwandsfrei tuberculöse Veränderungen an der hypertrophischen Tonsille gefunden (4—5 pCt.), ausserdem konnte er an

Tonsillen von Leichen, die an Phthisis pulmonum zu Grunde gegangen waren, oft Tuberculose beobachten. Zweifellos hat in allen 3 Fällen die Infection vom Rachen her stattgefunden.

SEIFERT.

46) **Max Görke** (Breslau). **Beiträge zur Pathologie der Rachenmandel. III. Die cystischen Gebilde der hyperplastischen Rachenmandel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 13. S. 224. 1902.*

Die Cystenbildung ist in der hypertrophischen Rachenmandel eine häufig zu beobachtende Erscheinung.

Sie findet sich weit öfter bei Erwachsenen als bei Kindern.

Der anatomische Bau der Cysten und die Beschaffenheit ihres Inhalts wechselt entsprechend ihrer Entstehung und ihrer Lage.

Die Cysten entstehen meist durch Retention des Drüsensecrets, neben der aber noch andere Processe, z. B. Lymphergüsse in die Drüsengänge und besonders Wucherungs- und Wachsthumsvorgänge in der Wand eine Rolle spielen.

Die Veranlassung zu diesen Vorgängen geben entzündliche Processe.

F. KLEMPERER.

47) **James F. Mc. Caw. Adenoide in Beziehung zum Gehör und Gehirnthätigkeit. (Adenoids in relation to audition and cerebration.)** *N. Y. Medical News. 15. August 1903.*

Der Aufsatz beschäftigt sich mit den bekannten Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen einer- und den intellectuellen Functionen und Gehör der Kinder andererseits.

LEFFERTS.

48) **Becher** (Berlin). **Ueber den Zusammenhang von Thoraxdeformitäten, Skoliosen und adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums.** *Deutsche med. Wochenschr. V.-B. No. 17. 1903.*

Vortr. fand ausser einer typischen Deformirung des Thorax (identisch mit der von Grünwald als Zwerchfellfurchen beschriebenen Veränderung, d. Ref.) leichte Skoliosen, die „in einer Periode gesteigerter Wachsthumsthätigkeit des Organismus“ entstehen, indem dieser „den an ihn gestellten Anforderungen nicht mehr nachkommen kann infolge der grossen allgemeinen Schwäche, die aus der so lange bestehenden Behinderung der Athmung resultirt“.

In der Discussion spricht König die vom Vortr. besprochenen Erscheinungen als Theilerscheinung der Rachitis bei behinderter Nasenathmung an, wogegen sich der Vortragende und Hoffa erklären.

ZARNIKO.

49) **Wilbert** (Bingen). **Ueber den Einfluss der Rachenmandelhyperplasie auf die körperliche und geistige Entwickelung der Kinder.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 6. 1903.*

Statische Erhebungen an 375 Schulkindern: 62 pCt. hatten Rachenmandelhyperplasie, 33 pCt. boten krankhafte Symptome dar (5 pCt. nervöse, 27 pCt. Hörstörungen).

ZARNIKO.

50) **Bert. du Chazand. Adenoide Vegetationen und Incontinentia urinae. (Végétations adénoides et incontinence d'urine.)** *Thèse de doctorat de Bordeaux. 1903.*

Für den Verf. sind adenoide Vegetationen und Incontinentia urinae am häufigsten zwei gleichzeitige Symptome einer neuropathischen Veranlagung. Nur 20 pCt. der Kinder mit adenoiden Vegetationen leidet an Enuresis, und in allen Fällen wird letztere durch die einfache Abtragung der Vegetationen nicht beseitigt. Trotzdem wird man beim Nachweis von Adenoiden die Operation ausführen.

E. J. MOURE.

51) **W. Nikitin. Ueber den Einfluss der Vergrösserung einzelner Theile des lymphatischen Rachenringes im Allgemeinen und der adenoiden Wucherungen im Speciellen auf den Allgemeinzustand des Organismus. (O wlijanii na obschtschegi sostojanie organisma uwelitschenija otdelnich tschastei glototsch. lumphat. kelza weobschtsche i adenoid. vasroschtschenii neseglot. polosti w tschastnosti.)** *Separatabdr. a. Prakt. Wratsch. No. 18. 1903.*

Eine allgemeine Uebersicht über die zur Genüge bekannten Thatsachen.

P. HELLAT.

52) **C. D. Conkey. Folgeerscheinungen der adenoiden Vegetationen. (Sequelae of adenoids.)** *N. Y. Medical News. 8. August 1903.*

Die Folge von sehr grossen und vernachlässigten adenoiden Vegetationen kann eine Derformität der Nase und des Kiefers sein, ferner kann die Entwicklung der Gesichtsknochen gehemmt bleiben; Katarrhe des Rachens, Ohres, der Trachea und Bronchien sind eine häufige Folge.

LEFFERTS.

53) **W. G. B. Harland. Adenoide als eine Ursache der Tonsillarhypertrophie und anderer pathologischer Zustände. (Adenoids as a cause of enlarged tonsils and other pathological conditions.)** *Therapeutic Gazette. 15. September 1903.*

Mundathmung, auch wenn sie nur gelegentlich auftritt, ist die Hauptursache für Reizung und Infection. In den meisten Fällen von Tonsillarhypertrophie sind adenoide Vegetationen die primäre Ursache jener, da sie den Grund für die Mundathmung bilden.

EMIL MAYER.

54) **S. H. Large. Die Gefahren der Adenoiden. (The dangers of adenoids.)** *Cleveland Medical Journal. August 1903.*

Kinder mit adenoiden Vegetationen erkälten sich ungemein leicht; meist handelt es sich dann um eine Adenoiditis. Je früher operirt wird, desto besser, weil dadurch eine ständige Quelle für Katarrhe etc. beseitigt wird. In der Schule sollte man für die Beseitigung dieser Schädlichkeit sorgen, wie für die Correction von Refractionsstörungen. Verf. geht dann noch auf die weiteren von den adenoiden Vegetationen bedingten Störungen in anderen Organen und auf ihre schädlichen Folgen für die Entwickelung des kindlichen Organismus ein.

EMIL MAYER.

55) **W. Freudenthal. Adenoids. (Adenoide.)** *Journal American Medical Association. 7. Februar 1903.*

Für die Behandlung der acuten Adenoiditis giebt Verf. folgende Regeln: Nach Entleerung der Därme wird das Kind in ein heisses Senfbad gesetzt; dann giebt man kleine Dosen Chinin oder Aspirin oder Natriumsalicylat und verordnet Inhalationen mit Kochsalzlösung oder irgend einem aromatischen Oel. Bisweilen lässt er einige Tropfen Adrenalinlösung (1 : 6000 bis 1 : 12000) warm oder lauwarm in die Nase sprayen oder tröpfeln. Nachts über wird ein Priessnitz'scher Umschlag um den Hals gelegt.

Bei Operationen ist nicht zu vergessen, dass das Operationsfeld inficirt ist. Die Durchführung der Antiseptik ist unmöglich und unnöthig; dies gilt für den Nasenrachen noch mehr als für die Nase. Ausspülungen des Mundes und Rachens mit antiseptischen Lösungen haben keinen Zweck, weil diese mit der Schleimhaut viel zu kurze Zeit in Berührung kommen, Einspritzungen in die Nase sind direct gefährlich.

EMIL MAYER.

56) **Joh. Fein** (Wien). **Zur Operation der adenoiden Wucherungen im Nasenrachen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 13. S. 124. 1902.*

Auf Grund genauer Messungen der anatomischen Verhältnisse hat F. das Ringmesser für die Abtragung adenoider Vegetationen in der Weise modificirt, dass er dem Schaft eine bajonettförmige Abknickung gab und den Griff seitlich abbog. Er erreicht dadurch, dass die nothwendigen Bewegungen ausserhalb der Mundhöhle geschehen, also durch die Zahnreihen nicht behindert werden können, und dass die Hand des Operateurs sich in einer günstigen, den Blick nicht verlegenden Stellung befindet.

F. KLEMPERER.

57) **Mygind. Ein Fall von plötzlich eintretendem Collaps in Verbindung mit Stillstand der Respiration und Cyanose infolge von operativer Entfernung von adenoiden Vegetationen. Tracheotomie; Heilung.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 5. 1902.*

Der Titel enthält die Krankengeschichte eines schlechtgenährten nervösen Kindes, das schon vor der Operation bei Gemüthsaffecten von Respirationsstillstand und Cyanose befallen worden war.

SCHECH.

58) **Weil** (Stuttgart). **Zur Operation der hypertrophischen Rachenmandel.** *Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 49. 1903.*

Zur Operation benutzt W. meist das Beckmann'sche Messer, allgemeine Narkose wendet er fast nie an, aber locale Anästhesie durch Bepinselung der Hinterwand des Gaumensegels und der hinteren Gaumenbögen mit 5proc. Cocain- oder β-Eucain-Lösung.

Eine eigentliche Nachbehandlung erscheint auch ihm nicht nöthig, nur lässt W. die Patienten 2 Tage lang im Bette.

SEIFERT.

59) **J. F. Barnhill. Eine practische Notiz über die Anwendung von Adrenalin bei der Operation der Adenoiden. (A practical note on the use of adrenalin in operations for adenoids.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. August 1903.*

10—15 Tropfen einer Lösung von Adrenalin 1 : 1000 wird unmittelbar vor

der Operation in die Nase geträufelt. Dieselbe Lösung wird vor der Tonsillotomie auf die Tonsillen applicirt. In 50 Fällen hat Verf. diesen Gebrauch von Adrenalin gemacht und niemals eine secundäre Haemorrhagie erlebt. EMIL MAYER.

60) **M. Senator** (Frankfurt a/M.). **Ein Fall von Spindelzellensarkom im Nasenrachenraum eines fünfjährigen Knaben.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1903.*

Die gestielte Geschwulst sass am Rachendach auf, hing bis in den Mesopharynx herab. Oberfläche blumenkohlähnlich. Entfernung mit dem Gottstein-schen Ringmesser. Blutung sehr gering. Mikroskopisch (Prof. Weigert): Spindelzellensarkom. Ueber Malignität bei der Kürze der Beobachtung nichts auszusagen. ZARNIKO.

61) **C. Buckualter. Ein neues Instrument für Applicationen im Nasenrachenraum. (A new post-nasal applicator.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Ein neues Instrument mit einer Krümmung, die es geeignet macht, Medicamente etc. in den Nasenrachenraum zu bringen. EMIL MAYER.

62) **S. Citelli. Canüle zur Ausspülung und medicamentösen Behandlung des Nasenrachens von der Nase aus. (Cannula par il lavaggio e la medicazione del faringe nasale attraverso il naso.)** *Arch. Ital. di Laringologia. Januar 1904.*

Die Canüle (angefertigt bei Pfau, Berlin) ähnelt sehr einem Tuben-Katheter, unterscheidet sich von diesem nur dadurch, dass der abgebogene Schnabel kürzer und die Biegung stärker ist, ausserdem endet der Schnabel mit einer knopfförmigen Verdickung, in der sich einige Löcher befinden, durch welche die mittels eines Gummiballons in das vordere Ende der Röhre eingespritzte Flüssigkeit in den Nasenrachen eintritt. FINDER.

c. Mundrachenhöhle.

63) **Trendel. Ueber das Vorkommen von Lymphdrüsen in der Wangensubstanz und ihre klinische Bedeutung.** *Beitr. zur klin. Chir. Bd. 39. H. 2. S. 558—591.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

64) **W. Rosenthal. Ueber Formvarietäten des unteren Rachenendes (des Laryngopharynx)** [zum Theil Auszug aus: **Die Pulsionsdivertikel des Schlundes. Anatomie, Statistik, Aetiologie.** *Leipzig 1902. Verlag von G. Thieme. 135 Ss.*] *Internat. Monatsschrift f. Anat. u. Physiol. Bd. XX. H. 7/9. S. 229.*

Die Gestalt des unteren Pharynxendes ist variabel. Neben der für normal gehaltenen Trichterform kommt auch, vielleicht vorzugsweise bei erwachsenen Männern, eine Gestaltung vor, die man in ihren höheren Graden als Beutelform bezeichnen kann. J. KATZENSTEIN.

65) **Chauveau. Missbildung des Rachens und des Kehlkopfes. (Malformation du pharynx et du larynx.)** *Archiv. Internat. de Laryngologie, Otologie etc. No. V. 1903.*

In dem einen Fall handelte es sich um eine angeborene Perforation des linken vorderen Gaumenbogens mit Fehlen der Tonsille. Im zweiten war eine angeborene Membran zwischen der vorderen Hälfte der Stimmlippen ausgespannt, die bei der Phonation sich zusammenfaltete. E. J. MOURE.

66) **James B. Bullett. Völlige angeborene Gaumenspalte. (Complete congenital cleft of the palate.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. November 1903.*

B. empfiehlt frühzeitige Operation vor dem 6. Monat. Die Brophy'sche Operationsmethode wird angewandt. EMIL MAYER.

67) **Sebileau** (Paris). **Beseitigung einer angeborenen Gaumensegelspalte. (Restauration d'une division congénitale du voile du palais.)** *Société de chirurgie. 2. December 1903.*

S. stellt einen Knaben vor, bei dem er einen grossen Spalt des Gaumensegels mittels eines dem knöchernen Septum entnommenen Periost-Schleimhautlappens geschlossen hat. Das Resultat ist ausgezeichnet; die nasale Schleimhaut formt sich allmälig um und passt sich ihrer neuen Function an. PAUL RAUGÉ.

68) **Swoboda. Luetische Gaumenperforation bei einem Säugling.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 30. October 1903.) *Wiener klin. Wochenschr. No. 45. 1903.*

Die hereditär luetische Gaumenperforation kam bei dem 8monatlichen Säuglinge ohne auffallende Symptome zu Stande und es scheint dem Autor nicht unwahrscheinlich, dass manche bei älteren hereditär syphilitischen Kindern oft zufällig entdeckten Gaumenperforationen schon im Säuglingsalter entstanden sind.

CHIARI-HANSZEL.

69) **Dunbar Roy. Ein Fall von completer Verwachsung zwischen dem weichen Gaumen und der hinteren Pharynxwand. (A case of complete adhesion between the soft palate and the posterior pharyngeal wall.)** *Alabama Medical Journal. October 1903.*

Die Verwachsung ist syphilitischen Ursprungs. EMIL MAYER.

70) **Nathan G. Ward. Syphilitischer Pharyngealabscess mit Nekrose eines Halswirbels. (Syphilitic pharyngeal abscess with necrosis of a cervical vertebra.)** *N. Y. Medical News. 14. November 1903.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die Literatur vorhandener Fälle; in der Arbeit von Allin sind 58 Fälle mitgetheilt, von denen vier durch Nekrose der Halswirbel complicirt sind; ferner haben Mackenzie und Chapman Fälle mitgetheilt. Dazu fügt Verf. einen genauen Bericht über einen Fall seiner eigenen Beobachtung. LEFFERTS.

71) **Neumann. Ein Fall von Syphilis der Halswirbelsäule.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 6. November 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 46. 1903.*

8 Jahre nach dem Primäraffect konnte man an einer Stelle eines gummösen Pharynxgeschwüres rauhen Knochen sondiren. Trotz energischer antiluetischer Behandlung von allem Anfange an traten stets neue gummöse Infiltrate und Ulcera auf. Wegen starker Behinderung der Streck- und Nickbewegungen des Kopfes musste die Horsley'sche Kravatte angelegt werden. Pneumonie. Exitus. Bei der Obduction fand man eine retropharyngeale jauchige Phlegmone im Anschluss an vernarbte Gummen des Pharynx mit Fistelbildungen. Zerstörung des Bandapparates zwischen drittem und viertem Halswirbelkörper, Luxation der Halswirbelsäule, eitrige Pleuritis, Pneumonie etc.

Bemerkenswerth an dem Fall ist die sichergestelle Aetiologie — die Lues und das relativ seltene Vorkommen solch schwerer Formen, wobei es zu Nekrose der Halswirbel kommt.

CHIARI.

72) **W. P. Cones. Eine Form der Druckanämie der Uvula. (A form of pressure anaemia of the uvula.)** *N. Y. Medical Record. 21. Februar 1903.*

Bei schweren Formen von Angina mit sehr starker Schwellung der Tonsillen, so dass diese einen Druck auf die Uvula ausüben, konnte Verf., wenn er vorsichtig mit einer Sonde die Uvula von der Tonsille abhob, auf ersterer eine weisse Stelle sehen, die, besonders wenn der Verdacht auf Diphtherie vorlag, leicht für eine Membran gehalten werden konnte. Constanter Druck auf eine Stelle der Uvula kann hier die Circulation aufheben und zu einer oberflächlichen Nekrose führen. Bei sorgfältiger Untersuchung kann man sehen, dass der weisse Fleck gerade der Stelle entspricht, wo sich Tonsille und Uvula berühren, und dass sie bei Sondenberührung nicht blutet. Verf. glaubt, dass dieser Zustand gewöhnlich bei Streptokokkeninfection des Halses beobachtet wird.

LEFFERTS.

73) **Katz** (St. Petersburg). **Beitrag zur Frage der Phlegmone glosso epiglottica.** *Allgem. Wien. med. Zeitung. No. 43—46 incl. 1903.*

In der Pathologie des Schlundes giebt es nach R. keine besondere Form von phlegmonösen Processen mit genauer Localisation und bestimmtem klinischen Bilde, welche man Phlegmone glosso-epiglottica nennen kann. Diese Krankheitsform kann sich im Anschluss an Entzündungsprocesse der Zungenmandel entwickeln, die letztere kann auch blos die Eingangspforte für die Infectionskeime darstellen und dann nicht mitbetheiligt sein analog den peritonsillären Abscessen, denen auch nicht immer eine Entzündung der entsprechenden Gaumenmandel vorausgeht. Der phlegmonöse Process spielt sich im Bindegewebe ab, welches an der Zungenwurzel hinter der Zungentonsille liegt, sowie auch im Bindegewebe, welches unter dem Boden der Fossae glosso-epiglotticae liegt. Aetiologisch kommen Schleimhautläsionen vorzugsweise durch Fremdkörper in Betracht. K. incidirt erst, wenn der Abscess reif ist.

CHIARI.

74) **Parrozzani. Beitrag zur Casuistik des primären Carcinoms des weichen Gaumens. (Contributo alla casuistica del cancro primitivo del palato molle.)** *Annali di medicina navale. December 1902.*

Der Fall betrifft einen 67jährigen Mann, ziemlich starken Potator und Pfeifenraucher. Es fand sich auf der linken Seite des Gaumensegels neben der Uvula, die ebenso wie die Gaumenbögen völlig normal war, ein kleiner ulcerirter Tumor. P. exstirpirte mit dem Messer die linke Hälfte des Gaumensegels, die Uvula und einen Theil der linken Gaumenbögen. Untersuchung ergab Carcinom. Nach zwei Jahren ist kein Recidiv eingetreten.

FINDER.

75) **Gaudier. Krebs des Gaumensegels mit Chinin behandelt. (Cancer du voile du palais traité de la quinine.)** *Nord médical. 1. August 1903.*

Der an einem Carcinom des weichens Gaumens leidende Patient war im letzten Stadium seiner Erkrankung ins Krankenhaus eingetreten, um die Tracheotomie vornehmen zu lassen. G. behandelte den Kranken mit Chinin. chlorhydrosulf., das in Dosen von 2 g pro die verabfolgt wurde. Diese Behandlung wurde 8 Monate lang fortgesetzt und führte eine ausgesprochene Besserung herbei. Ein vorher vorhandener enormer Drüsentumor verkleinerte sich, das Aussehen des Tumors selbst wurde besser, die Blutungen hörten auf; der Kranke isst und arbeitet.

A. CARTAZ.

76) **P. E. Weill. Parasit in einem Fall von schwarzer Zunge isolirt. (Parasite isolé dans un cas de langue noire.)** *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie. November 1903.*

W. hat in einem Falle von schwarzer Zunge grosse Zellen gefunden, die von Raynaud für Sporen angesehen wurden. Es gelang nicht, durch Impfungen mit Culturen dieses Parasiten irgend welche der schwarzen Zunge analoge Veränderungen hervorzurufen.

PAUL RAUGÉ.

77) **R. H. Johnston. Ein Fall von schwarzer Haarzunge. (A case of black, hairy tongue.)** *N. Y. Medical Journal. 25. Juli 1903.*

Pat. ist ein 56jähriger Mann. Die schwarzgefärbte Partie auf der Zungenoberfläche ist fast rund und misst ungefähr 10 mm im Durchmesser; sie hatte ihren Sitz in der Medianfläche vor den Papillae circumvallatae und war mit ungefähr $1^1/_4$ cm langen Haaren bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um verhornte Epithelien handelte. Es bestand keine Schwellung der Papillae filiformes. Der mitgetheilte Fall ist der achte in Amerika beobachtete.

LEFFERTS.

78) **Harlow Brooks** und **Stebbins. Fall von Rhabdomyom der Zunge. (Case of rhabdomyoma of the tongue.)** *Proceedings of the New York Pathological Society. Mai 1903.*

Verff. geben an, dass der vorliegende Fall der einzige je berichtete seiner Art sei. Pat. hatte vor zwei Jahren einen scharfen Zahnstumpf, der die Zunge reizte, bis an der entsprechenden Stelle ein kleiner Knoten entstand. Dieser wurde cauterisirt und mit der Scheere entfernt und der Zahn extrahirt.

Beschwerden resultirten von der Anschwellung erst seit 6 Wochen. Dieselbe war derb und fest, maass 7 cm im Durchmesser und 3 cm in der Tiefe. Bei der mikroskopischen Untersuchung erwies sich der Tumor als ein Rhabdomyom, jedoch nicht von dem typischen Bau, wie ihn diese Geschwülste im Genitaltractus zeigen. Der Fall ist besonders interessant, weil der Tumor einen gänzlich anderen embryonalen Ursprung hat, als die gewöhnlichen Rhabdomyome. EMIL MAYER.

79) **Potherat. Fibrom der Zunge. Fibro-Adenom des Gaumensegels. (Fibrome de la langue. Fibro-Adenom du voile du palais.)** *Société de chirurgie. 16. December 1903.*

P. stellt zwei Patienten vor, von denen der eine ein Zungenfibrom, der andere ein Fibroadenom des Gaumensegels aufweist. PAUL RAUGÉ.

80) **Hassler. Makroglossie. (Macroglossie.)** *Gaz. hebdom. des Sciences Méd. de Bordeaux. 9. August 1903.*

Es handelt sich um einen 19jährigen Mann mit angeborener Makroglossie. In der Discussion betont Frèche, dass diese Affection nicht sehr selten ist und Chambrelent erinnert an die Beziehungen, die zwischen Makroglossie und Gehirnaffectionen bestehen. E. J. MOURE.

81) **Chas. Dickson. Epitheliom der Zunge. (Epithelioma of the tongue.)** *Journal of advanced Therapeutics. Januar 1903.*

Bei der Behandlung des Zungenepithelioms hat die Röntgenstrahlentherapie durchaus im Stich gelassen. EMIL MAYER.

82) **Frank G. Nifong. Hypertrophische Zungentonsille bei einem Kind. (Hypertrophic lingual tonsil in a child.)** *St. Louis Courier of Medicine. April 1903.*

Das Kind war 23 Monate alt. EMIL MAYER.

83) **Cresswell Baber. Ein Zungendepressor zur Sichtbarmachung der Tonsille. (A tongue depresser for exposing the tonsil.)** *Lancet. 18. April 1903.*

Der rechtwinklig gebogene Zungendepressor hat an der Seite einen stumpfen Haken, der in die Plica triangularis oder hinter den vorderen Gaumenbogen eingesetzt wird, so dass beim Herunterdrücken der Zunge gleichzeitig die Oberfläche der Tonsille sichtbar wird. Angefertigt bei Mayer u. Meltzer, London W.

A. BRONNER.

d. Diphtherie und Croup.

84) **Nobicourt** und **Du Pasquier. Diphtherische Angina mit Rückfall. (Angines diphtériques à rechute.)** *Société de Pédiatrie. 17. Juni 1903.*

Das Kind hatte am 28. Mai eine prophylactische Injection erhalten; trotzdem trat drei Tage darauf eine ziemlich starke Diphtherie auf, die nach Injection von 60 ccm Serum heilte. Im Hals waren keine Bacillen mehr nachweisbar. Am 5. October erkrankte das Kind wieder an Diphtherie; es wurden wiederum 30 ccm Serum injicirt. Verf. erklärt das Wiederauftreten durch das Zurückbleiben von Bacillen in der Nase. PAUL RAUGÉ.

85) **Schön-Ladniewski** (Lemberg). **Ueber „larvirte" Angina diphtherica und follicularis.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. 57. Bd. 1903.*

An der Hand von zwei instructiven Fällen weist Sch. darauf hin, dass in seltenen Fällen die Diphtherie „larvirten", „latenten" Charakter hat, indem sie eine gewisse Zeit hindurch das Bild einer Angina catarrhalis bietet, und dass erst später die weissen Membranen im Rachen auftreten.

SEIFERT.

86) **Marfan** (Paris). **Diagnose der diphtherischen Angina und der acuten Anginen. (Diagnostic de l'angine diphtérique et des angines aigues.)** *Gazette des hôpitaux. 14. und 21. März 1903.*

Eine Angina pseudo-membranacea kann als diphtherisch angesehen werden, wenn sie nicht im Verlauf oder gegen Ende einer Scarlatina auftritt und wenn sie sich nicht anschliesst an Herpes oder Syphilis des Rachens, an eine Tonsillotomie oder Cauterisation des Halses, ferner wenn sie nicht als Begleiterscheinung der Tonsillarphlegmone einhergeht. Im Hinblick auf die Fälle, in denen man eine Coincidenz dieser Zustände mit Diphtherie beobachtet, ist es rathsam, stets die bacteriologische Untersuchung anzustellen. In zweifelhaften Fällen wird man jedoch das Resultat dieser Untersuchung nicht abwarten, sondern eine Seruminjection machen. Tritt die Angina während einer Diphtherieepidemie auf, ist sie von einer auch nur leichten Laryngitis begleitet, besteht dabei ein auf Nasendiphtherie verdächtiger Schnupfen mit serös-blutiger Secretion, Röthung des Naseneingangs und der Oberlippe, besonders einseitig, kann man auch Drüsenschwellung dabei konstatiren, so ist ohne Verzug eine Injection zu machen.

In allen zweifelhaften Fällen hat man so zu handeln, als ob sichere Diphtherie vorliegt.

PAUL RAUGÉ.

87) **H. Ernberg** (Stockholm). **Ueber das Verhältniss zwischen Diphtherie und Angina phlegmonosa. (Om förhallandet mellan difteri och angina phlegmonosa.)** *Hygiea. p. 219. September 1902.*

Verf. hebt hervor, dass es bisweilen unmöglich sei, im Anfang der Krankheit die genuine Diphtherie von der Angina phlegmonosa zu scheiden, und theilt als Illustration mehrere Beobachtungen, die in dem Epidemie-Krankenhaus zu Stockholm in dieser Beziehung gemacht sind, mit. Erstens werden zwei Fälle beschrieben, wo die Kranken mit der Diagnose Diphtherie nach dem Krankenhaus geschickt wurden, und wo es sich später zeigte, dass es sich um eine Phlegmone peritonsillaris handelte: Ferner werden 4 Krankengeschichten mitgetheilt, die Patienten betrafen, bei denen die Diagnose Angina phlegmonosa gestellt wurde, und die an Diphtheritis litten. Einer dieser Patienten starb in Folge seiner Diphtheritis. Der Verf. meint, dass maligne Diphtheritis wie eine phlegmonöse Angina auftreten kann, und dass es das richtigste ist, wenn es sich um einen suspecten Fall handelt, gleich eine kräftige Serumbehandlung anzuwenden und nicht zu warten, bis die bacteriologische Untersuchung gemacht ist.

E. SCHMIEGELOW.

88) **Stella de Gand. Die experimentelle diphtherische Rhinitis. (De la rhinite diphtérique expérimentale.)** *Archiv. Internat. de Laryngologie, d'Otologie etc. V. 1903.*

Verf. sucht nachzuweisen, dass die Nasendiphtherie bei den davon befallenen Kranken eine Art von Antidiphtherie-Serum entstehen lässt, die sie gegen das Befallenwerden weiterer Theile schützt.

E. J. MOURE.

89) **Ballin** (Berlin.) **Ueber das Vorkommen von Diphtheriebacillen beim gewöhnlichen Schnupfen der Säuglinge.** *Jahrb. f. Kinderheilkunde 58. Bd. 2. H. 1903.*

B. fand unter 63 klinisch als gewöhnlicher Schnupfen angesprochenen Fällen nur 11 mal Diphtheriebacillen, von denen vielleicht 2 Stämme (mit fehlender Virulenz) als Pseudodiphtheriebacillen anzusehen waren; er bezeichnet demnach das Vorkommen von Diphtherie- und diphtherieähnlichen Bacillen beim gewöhnlichen Schnupfen als etwas Ungewöhnliches: Er betrachtet diese Bacillen als zufällige Schmarotzer und stellt ihr Vorkommen gleich mit dem Vorkommen von Diphtheriebacillen auf den Rachenorganen Gesunder.

SEIFERT.

90) **Ausset** (Paris). **Prophylaktische Seruminjectionen. (Injections preventives de sérum.)** *Société de Pédiatrie. 21. April 1903.*

Verf. bringt ein Beispiel für die Nothwendigkeit der prophylaktischen Impfungen in der Familie. Die Mutter eines diphtheriekranken Kindes verweigerte es, sich eine prophylaktische Einspritzung machen zu lassen. Sie erkrankte an schwerer Diphtherie; Heilung nach Serumbehandlung.

PAUL RAUGÉ.

91) **Variot** (Paris). **Prophylaktische Einspritzungen von Antidiphtherieserum bei Masern. (Injections préventives de serum antidiphtérique dans la rougeole.)** *Société médicale des hôpitaux. 29. Mai 1903.*

Verf. hat bei 230 Kindern die Präventiveinspritzungen gemacht und zwar mit Erfolg, denn bei keinem trat eine diphtherische Erkrankung auf. Diese Einspritzungen haben grossen praktischen Werth, denn vor ihrer Anwendung bildete die Diphtherie eine häufige tödtliche Complication der Masern. Die Nebenwirkungen der Injectionen bestanden bei 73 Kindern in Erythemen, die bald umschrieben, bald allgemein waren und häufig von schweren Allgemeinsymptomen begleitet waren. Bei einem Kinde trat eine diffuse Phlegmone der Bauchdecken auf, die tödtlich endete. Verf. räth, bei Masern nur dann Präventivinjectionen zu machen, wenn Anzeichen von Diphtherie auftreten.

Discussion: Barbier sieht in dem Erscheinen der — mit gutartigen — Erytheme keine Contraindication gegen die Injectionen, mit denen man nicht warten soll, bis diphtherische Erscheinungen auftreten; ist Diphtherie bei Masern erst einmal zum Ausbruch gekommen, so verläuft sie in 83 pCt. der Fälle trotz aller Behandlung tödtlich.

Comby räth gleichfalls, jedes Mal prophylaktisch eine Einspritzung zu machen.

Netter hat 5000 Injectionen gemacht, ohne ungünstige Nebenwirkungen zu beobachten. Er räth, in jedem Fall systematische Präventivinjectionen zu machen.

PAUL RAUGÉ.

92) **Sevestre** (Paris). **Die Unschädlichkeit der prophylaktischen Einspritzungen von Antidiphtherieserum. (De l'innocuité des injections préventives de sérum antidiphtérique.)** *Société médicale des hôpitaux. Juni 1903.*

Im Anschluss an die von Variot in der vorigen Sitzung gemachten Mittheilungen berichtet S., dass von 147 masernkranken Kindern seiner Abtheilung, bei denen er Präventivinjectionen mit Antidiphtherieserum gemacht hat, nur bei 14 ein Erythem auftrat. Bei 8 von diesen trat der Ausschlag ohne Fieber auf, bei den 6 anderen war er von Fieber begleitet. Von 68 an Scharlach erkrankten Kindern bekamen 7 nach der Injection ein Erythem. Im Ganzen betrug bei beiden Kategorien von Kranken das Verhältniss des Auftretens von Hautausschlägen nicht mehr als 10 pCt.

PAUL RAUGÉ.

93) **Augustus Caillé. Der prophylaktische Gebrauch von Diphtherieantitoxin bei Schulkindern. (The prophylactic use of diphtheria antitoxin in school children.)** *Archives of Pediatrics. October 1903.*

Verf. macht den Vorschlag, junge Schulkinder ein- oder zweimal während des Schuljahrs durch Präventivinjectionen gegen Infection mit Diphtherie, Scharlach und Masern, mit Diphtherie complicirt, zu schützen. Die Mortalität an Scharlach mit Diphtherie und Masern mit Diphtherie ist sehr hoch und Verf. glaubt, dass diese Sterblichkeit sehr durch prophylaktische Injectionen herabgesetzt werden kann. Von 20 zweimal im Jahr so behandelten Kindern erkrankte keins an primärer oder secundärer Diphtherie.

EMIL MAYER.

94) **U. Degny. Die frühzeitigen Gaumensegellähmungen bei der Diphtherie und ihre Pathogenese. (Les paralysies précoces du voile du palais dans la diphtérie et leur pathogénie.)** *Revue mensuelle des maladies de l'enfance. Juni 1903.*

Es giebt eine frühzeitig auftretende Form der Gaumensegellähmung, die für bösartige und gewöhnlich tödtlich verlaufende Diphtherie pathognomonisch ist. Verf. theilt 3 Beobachtungen mit. In diesen 3 Fällen wurde die Anwesenheit des Diplococcus haemophilus albus im Blut constatirt. Wahrscheinlich ist die Lähmung auf diesen Mikroorganismus zurückzuführen. Die histologische Untersuchung ergab entzündliche Zellinfiltration des Bindegewebes; die Musculatur zeigte interstitielle Zellinfiltration und fettige oder hyaline Degeneration der Muskelfasern. Verf. kommt zu dem Schluss, dass für das Zustandekommen der frühzeitigen Gaumensegellähmung zwei Elemente, das Diphtherietoxin und die Diplococcämie, nöthig sind.

PAUL ROUGÉ.

95) **R. Squibbs. Bemerkungen über einen Fall von Lähmung der oberen Extremitäten, wahrscheinlich infolge von Diphtherie, begleitet von einem Hautausschlag (wahrscheinlich septischer Natur). (Notes on a case of paralysis of the upper extremities probably due to diphtheria accompanied by a rash [probably septic].)** *Lancet. 21. November 1903.*

Ein $3^1/_2$jähriges Mädchen erkrankte plötzlich fieberhaft und verlor den Ge-

brauch beider Arme. Die Sensibilität war erhalten. Im Pharynx war nichts Krankhaftes nachweisbar. In zwei Tagen erschien ein scharlachartiger Ausschlag am ganzen Körper. Im Verlauf von 2 Monaten wurde der rechte Arm annähernd normal, der linke blieb fast unbeweglich. Verf. deutet den Fall — obwohl weder bei dem Kind noch bei irgend einem Familienmitgliede eine Halsentzündung bestanden hatte — als wahrscheinliche Neuritis nach Diphtherie. A. BRONNER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

96) **Wladimir Suklennikow** (Berlin). **Topographische Anatomie der bronchialen und trachealen Lymphdrüsen.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 14—16. 1903.*

Die aus dem Berliner anatomischen Institut stammende Arbeit ist durch klare und präcise Darstellung des auch für den Laryngologen wichtigen Gegenstandes ausgezeichnet. Das Verständniss wird durch zahlreiche vortreffliche Abbildungen erleichtert. Die Einzelheiten sind in einem kurzen Referat nicht wiederzugeben. ZARNIKO.

97) **U. Calamida. Lipom des Kehlkopfes. (Lipoma della laringe.)** *Arch. Ital. d'Otologia, Rinologia e Laringologia. II. 1903.*

Der bei einem 40 Jahre alten Mann der linken ary-epiglottischen Falte mittels eines bindegewebigen Stiels aufsitzende Tumor hatte die Grösse einer kleinen Nuss. Als Erscheinungen von Asphyxie auftraten, wurde unter Leitung des Fingers eine Klemme um den Stiel gelegt und — mangels anderer Instrumente, da in Folge bedrohlicher Erstickungsanfälle Indication zu schnellem Eingriff war — auf diese Weise der Tumor an seinem Stiel abgerissen. FINDER.

98) **Richard H. Johnston. Subglottische Kehlkopftumoren. (Subglottic tumors of the larynx.)** *Laryngoscope. October 1903.*

Verf. berichtet über 2 Fälle, beides Papillome. Im ersten Fall fehlen alle Symptome bis auf Heiserkeit. Die Entfernung der Tumoren geschah auf endolaryngealem Wege. EMIL MAYER.

99) **Kümmell** (Hamburg). **Zwei Fälle von halbseitiger Larynx- resp. Pharynx- und Epiglottisexstirpation.** *Deutsche med. Wochenschr. V.-B. No. 20. 1903.*

Demonstrationen im Hamburger ärztlichen Verein. ZARNIKO.

100) **Finder** (Berlin). **Demonstration von Präparaten.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 22. 1903.*

Die Präparate sind:

1. Halsorgane eines Mannes, dem vor 5 Jahren die Totalexstirpation des Larynx wegen Carcinoms gemacht war (Gluck); auf der durch Plastik gebildeten cutanen Pharynxwand ist ein Bart gewachsen, den Pat. sich bei Lebzeiten mit einer Pincette auszureissen pflegte.

2. Ein anderes Präparat von Totalexstirpation wegen Carcinoms. Laryngoskopisch erschien nur der obere Theil des Larynxinnern erkrankt, die Stimmlippen waren frei beweglich. Bei der Laryngofissur zeigte sich auch der Schildknorpel krank. ZARNIKO.

101) **Antonio de Cortis. Totalexstirpation des Larynx wegen bösartigen Tumors. (Laringectomia totale per tumore maligno.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio etc. No. X. 1903.*

Patient war ein 67jähriger Mann, der mit starker Dyspnoe in die Klinik aufgenommen wurde. Man sah laryngoskopisch einen Tumor aus dem linken Ventriculus Morgagni herausragen, der nach hinten zu fast bis an den äusseren Rand des Aryknorpels derselben Seite hinanreichte. Das darunter liegende Stimmband war geröthet, geschwollen. Im November 1900 wurde die Totalexstirpation des Larynx gemacht, nachdem vorher ein Stückchen des Tumors endolaryngeal zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung entfernt war, welche Carcinom ergab. Zur Zeit der Publication, also nach 8 Jahren, ist Patient ohne Recidiv und spricht mit Pharynxstimme.

FINDER.

102) **Arslan. Operirbarkeit der malignen Tumoren auf endolaryngealem Wege. (Operabilità dei tumori maligni per la via endolaringea.)** *Rivista Veneta di Scienze Mediche. 15. Jui 1903.*

Nach einer Literaturübersicht über die bisher berichteten Fälle von endolaryngeal operirten Kehlkopfcarcinomen theilt Verf. zwei eigene Fälle mit:

Der erste Patient war ein 60jähriger Mann, bei dem der erbsengrosse Tumor am mittleren Drittel der linken Stimmlippe seinen Sitz hatte: beide Stimmlippen waren beweglich. Die Umgebung des Tumor war geröthet und etwas infiltrirt. Die linke Stimmlippe wurde endolaryngeal exstirpirt. Patient ist 2 Monate nach der Operation ohne Recidiv; im Kehlkopf hat sich an Stelle der exstirpirten Stimmlippe eine aus Narbengewebe gebildete Falte gebildet.

Beim zweiten Patienten, einem 45jährigen Mann, bestand seit zwei Jahren leichte Ermüdbarkeit der Stimme, seit einigen Monaten Heiserkeit und Fremdkörpergefühl im Halse. Man sah auf der rechten Stimmlippe einen bohnengrossen, blumenkohlartigen Tumor, die Umgebung desselben hatte ein völlig normales Aussehen. Drüsenschwellung war nicht vorhanden. A. glaubte, dass es sich um einen gutartigen Tumor handle, um ein Papillom. Die histologische Untersuchung der exstirpirten Geschwulst ergab jedoch, dass es sich um ein typisches Epitheliom handelte. Nun wurde der Theil der Stimmlippe, an dem die Geschwulst inserirt hatte, gründlich entfernt und mit Argentum nitr. geätzt. Mach 10 Monaten keine Spur von Recidiv.

FINDER.

103) **Jonathan Wright. Einige kritische beiläufige Bemerkungen über die neue laryngologische und rhinologische Litteratur. (Some critical and desultory remarks on recent laryngological and rhinological literature.)** *Laryngoscope. September 1903.*

Bezüglich der malignen Larynxgeschwülste führt Verf. Folgendes aus:

Bei einem Mann im vorgeschrittenen Lebensalter soll jede Kehlkopfgeschwulst und möge ihr Aussehen noch so gutartig sein, exstirpirt und mikroskopisch untersucht werden. Abwarten, ob Zeichen von Malignität sich zeigen, heisst eine ungemein schwere Verantwortung auf sich laden. Verf. glaubt nicht daran, dass durch die Exstirpation das Wachsthum einer eventuellen bösartigen Geschwulst

beschleunigt und die Chancen des Patienten verschlechtert werden. Wenigstens stehe dieses Risiko in keinem Verhältniss zu der Gefahr, die man läuft, wenn man sich Wochen oder gar Monate lang nur zuwartend verhält, bis eine in die Tiefe gehende Infiltration das Stimmband immobilisirt oder der Tumor ulcerirt oder die Drüsen mitafficirt werden. Wenn ein geübter Diagnostiker nach dem laryngoskopischen Bild sagt, eine Kehlkopfgeschwulst ist gutartig, so wird es sich gewöhnlich so verhalten; aber immer braucht es nicht der Fall zu sein. Ist der Tumor gutartig, so wird kein Schade entstehen, wenn man ein Stück davon mikroskopisch untersucht, denn der Gedanke, dass eine gutartige Geschwulst durch intralaryngeale Proceduren bösartig werden könne, ist reine Phantasie. Zeigt dagegen das Mikroskop die Bösartigkeit, so ist die Möglichkeit gegeben, schnell einen Weg einzuschlagen, der noch Chancen bietet.

Bezüglich der Fränkel'schen Arbeit äussert sich W.: „Wenn Fränkel selbst in dem Vorhandensein von Perlen in der epithelialen Wucherung kein sicheres diagnostisches Zeichen für Carcinom erblickt, so muss ich mich seiner grösseren Erfahrung beugen. Ich sehe keinen Grund, warum sie nicht auch in anderem epithelialen Gewebe vorkommen sollen und ich selbst habe etwas ihnen sehr Aehnliches im Epithel erkrankter Tonsillen gesehen, aber es ist für mich eine Thatsache meiner Erfahrung, dass, wenn sie vorhanden sind, die Diagnose fast sicher ist. Nichtsdestoweniger bin ich bereit, mich F.'s Meinung anzuschliessen, dass es nichts Pathognomonisches giebt, bei dessen Anblick wir mit Sicherheit sagen können: hier liegt Carcinom vor". EMIL MAYER.

104) **A. Krogius** (Finland). **Geschwulst in der Trachea. (Svulst i trakea.)** *Finska Läkaresällsk. handlingar. p. 503. 1902.*

Bei einem 33jährigen Manne, der 2 Monate lang an zunehmender Athemnoth gelitten hatte, wurde laryngoskopisch eine von der vorderen Wand der Trachea ausgehende Geschwulst (benigne Papillome) gefunden. Die Trachea wurde von der Cart. cricoidea bis hinunter zur Höhe des Manubr. sterni gespalten, und ein grösserer und mehrere kleinere papillomatöse Tumoren entfernt.

E. SCHMIEGELOW.

105) **Wagner. Ueber primäres Bronchialcarcinom.** *Münch. med. Wochenschr. No. 3. 1903.*

Demonstration eines Präparates von einem Carcinom, das von der Schleimhaut des linken Hauptbronchus ausgegangen war und ausser zahlreichen stecknadel- bis linsengrossen Metastasen in der Lunge einen faustgrossen Tumor im vorderen oberen Mediastinum sowie in der Leber erzeugt hatte. Klinisch war besonders auffällig die vollkommene Aufhebung des Pectoralfremitus. SCHECH.

106) **Boulay** und **Gasne. Zwei Fälle von subglottischen Fremdkörpern bei kleinen Kindern. (Deux cas de corps étrangers sousglottiques chez les jeunes enfants.)** *Annales d. maladies d'oreille etc. No. IX. 1903.*

Verf. berichtet zwei Fälle, die Kinder von 18 und 23 Monate betrafen; er bespricht bei dieser Gelegenheit die Schwierigkeiten der Diagnose.

E. J. MOURE.

107) **Suarez de Mendoza. Unmittelbare und entferntere Folgen einer Thyreotomie in der Mittellinie, vorgenommen, um einen Fremdkörper im Kehlkopf aufzusuchen. (Conséquences immédiates et éloignées d'une thyrotomie médiane pratiquée à la recherche d'un corps étranger du larynx.)** *Archiv. Internat. de Laryngologie. p. 634. 1903.*

In dem mitgetheilten Falle existirte gar kein Fremdkörper im Larynx. Nach der Thyreotomie bildete sich unterhalb der vorderen Commissur eine Granulationswucherung, die endolaryngeal entfernt wurde. E. J. MOURE.

108) **Otto J. Stein. Bericht über einen Fall von einer Nadel im Kehlkopf und seiner Entfernung durch ein Originalverfahren. (The report of a case of a pin in the larynx and its removal by an original method.)** *Laryngoscope. Mai 1903.*

Die Nadel lag links von der Medianlinie, das eine Ende in der Regio interarytaenoidea, der andere im vorderen Theil der linken Taschenlippe feststeckend. Es bestand eine starke Schwellung der Kehlkopfschleimhaut. Da alle Versuche, die Nadel zu extrahiren, fehlschlugen, so liess Verf. ein besonderes Instrument construiren. Eine Röhre, die so gebogen war, dass sie in den Larynx eingeführt werden konnte, wurde sehr fest im rechten Winkel an einen Handgriff befestigt, der einen Hebelarm trug. Vom oberen Ende des letzteren ging ein starker Stahldraht aus, der durch die Röhre hindurchging und an seinem distalen Ende mit einem Haken endigte. Nun wurde die Röhre in den Larynx eingeführt, der Haken um die Nadel herumgelegt und auf den Hebelarm gedrückt. Sofort bog sich die Nadel zusammen, so dass sie aus dem Gewebe hinaus und in die Röhre hineingezogen wurde. EMIL MAYER.

109) **Garel** und **Durand** (Lyon). **Nadel im Kehlkopf. (Aiguille dans le larynx.)** *Société de Chirurgie de Lyon. 11. Juni 1903.*

Bei der laryngoskopischen Untersuchung sah Garel den Kopf der Nadel hinten an der linken Seite des Kehlkopfs zwischen der Taschen- und Stimmlippe. Die Nadel sass fast vertical: sie neigte dazu, in die Trachea hinunterzufallen. Man sah von einem Versuch, den Fremdkörper per vias naturales zu extrahiren, ab und schritt zur Thyreotomie in der Mittellinie. Die Entfernung des Fremdkörpers gelang auf diesem Wege sehr leicht. Eine nach der Operation ausgeführte laryngoskopische Untersuchung zeigte kaum sichtbare Spuren des Eingriffs an der vorderen Larynxwand; die Stimmlippen functionirten tadellos. PAUL RAUGÉ.

110) **W. Peyre-Porcher. Ein Fall von unmittelbarer Tracheotomie wegen Fremdkörper. (A case of immediate tracheotomy for foreign body.)** *Laryngoscope. August 1903.*

Ein achtmonatliches Kind inhalirte eine kleine grüne Kiefernadel, die in die Glottis gerieth. Beim Versuch, den Fremdkörper zu extrahiren, gerieth er in die Trachea. Es musste unmittelbar die Tracheotomie gemacht werden. Die Canüle wurde 21 Tage lang getragen. EMIL MAYER.

111) **Pieniazek. Ueber Methoden der Fremdkörperentfernung aus der Trachea und den Bronchien. (Metody wydebywania ciat obcych z tchawicy, oskrzeli i ich gatezi.)** *Przeglad Lekarski. No. 29, 30. 1903.*

Verf. beschreibt 13 Fälle, in welchen verschiedenartige Fremdkörper aus der Trachea und den Bronchien von ihm entfernt wurden, indem er dieselben unter Benutzung der Laryngo-, Tracheo- und Bronchoskopie mittels verschiedener Instrumente theils eigener Construction entfernte. In der letzten Zeit benutzte Verf. bei der Bestimmung und Entfernung der Fremdkörper aus den Bronchien die Killian'sche Methode, welche nach ihm sehr geeignet ist, aber nur in beschränkten Fällen angewendet werden darf.

A. SOKOLOWSKI.

112) **P. Derocque. Fremdkörper der Trachea. (Corps étranger de la trachée.)** *Société de médecine de Rouen. 12. October 1903.*

Es handelte sich um einen Kirschkern, der mittels der Tracheotomie entfernt wurde.

PAUL RAUGÉ.

113) **Negresco. Ein Todesfall bei einem dreijährigen Kinde infolge Eindringens eines Ascaris lumbricoides in die Luftwege. (Un cas de mort d'un enfant de trois ans par pénétration dans les voies aériennes d'un ascaride lombricoide.)** *Société de médecine légale. 9. November 1903.*

Der Parasit war in den Kehlkopf und von dort in die Trachea gerathen und hatte den Tod durch Asphyxie herbeigeführt.

PAUL RAUGÉ.

114) **Lermoyez** (Paris). **Pflaumenkern und Nadel in den Bronchien. (Noyau de pruneau et clou dans les bronches.)** *Société médicale des hôpitaux. 18. December 1903.*

Die Mittheilung der beiden Fälle bezweckt vor Allem, einen Beitrag zur Würdigung der Killian'schen Bronchoskopie zu bilden. Im ersten Fall gelang es nicht, mit der Bronchoskopie den Sitz des Fremdkörpers genau zu bestimmen; man musste aufs Ungewisse nach ihm „angeln". Es entstand eine Hämorrhagie; der Patient erlag am 8. Tag einer Bronchopneumonie.

Im zweiten Fall zeigte das Bronchoskop den Nagel eingekeilt an der Abgangsstelle eines Bronchus zweiter Ordnung im Niveau des VII. Intercostalraums. Der Nagel wurde mittels des Elektromagneten extrahirt.

L. glaubt, dass es der Bronchoskopie vorbehalten ist, auf dem Gebiet der Pathologie der Bronchien so aufklärend zu wirken, wie es der Kehlkopfspiegel in der Larynxpathologie gethan hat. Er hält diese Untersuchungsmethode für leichter als die Laryngoskopie; für den Kranken sei sie weniger unangenehm als die Oesophagoskopie.

Diese Methode giebt 100 pCt. Heilungen bei Fremdkörpern der Bronchien, während die Bronchotomie ebensoviel Todesfälle gab.

PAUL RAUGÉ.

115) **Hofmann. Ein Fall langandauernden Verweilens der Trachealcanüle im Bronchialsystem. (Slutschai prodolshitelnawo prebiw. trach. trub. w bronch. sisteme.)** *Wrat. Gazeta. No. 20—21. 1903.*

H. theilt einen Fall mit, in dem durch Tragen einer Last auf dem Kopfe (in

Russland werden schwere Lasten von den Arbeitern auf dem Kopfe getragen) das untere Ende der äusseren Canüle brach, $10^1/_2$ Monate im Bronchus weilte und schliesslich durch Erweiterung der Trachealöffnung vermittelst einer modificirten Schrötter'schen Zange entfernt wurde. Nach einigen Tagen sprang sie beim Husten in die Wunde und wurde mit den Fingern erfasst und herausgeholt.

P. HELLAT.

f. Schilddrüse.

116) **W. G. Mc. Callum. Pathologie der Thyreoidea und Parathyreoideae. (Pathology of thyroid and parathyroid glands.)** *N. Y. Medical News. 6. Juni 1903.*

Wenn man Thieren die Schilddrüse entfernt, so befinden sie sich zwei bis drei Tage lang wohl; dann aber setzen acute Symptome ein und die Thiere gehen zu Grunde. Gley zeigte vor einigen Jahren, dass diese acuten Erscheinungen nicht zur Entwickelung kommen, wenn die Glandulae parathyroideae nicht mit entfernt werden. Er wies auch nach, dass die Fortnahme der Glandulae parathyroideae allein ebenfalls zum Auftreten jener Symptome führt; diese bestehen in grosser Unruhe, dann fibrillären Zuckungen und schliesslich tonischen und klonischen Contracturen. Das Thier wird unfähig, aufrecht zu stehen; es treten Anfälle von Tachypnoe auf, während deren das Thier ausserordentlich schnell, 200 mal in der Minute, athmet. Es besteht Speichelfluss und eine Retraction des oberen Augenlids, die ein an Morbus Basedowii erinnerndes Aussehen bewirkt; daneben Apnoe und epileptiforme Anfälle.

Mc. Callum geht ferner auf die Frage ein, ob ein Zusammenhang besteht zwischen den Gl. parathyroideae und dem Morbus Basedow. In 8 Fällen letzterer Krankheit, in denen Verf. die Gl. parathyroideae zu entfernen Gelegenheit hatte, fand er sie klein und atrophisch. In einem besonders schweren, tödtlich verlaufenden Fall fand er überhaupt keine. Fütterung mit Gl. parathyroideae hat bisher keine Resultate gegeben. Ein Patient von Mossu besserte sich unter dieser Behandlung.

LEFFERTS.

117) **W. G. Mc. Callum. Ueber die Production specifischer cytolytischer Sera für Thyreoidea und Parathyroidea. (On the production of specific cytolytic sera for Thyroid and Parathyreoid.)** *N. Y. Medical News. 31. October 1903.*

Verf. berichtet über Thierversuche, die bezweckten, specifische cytolytische Sera zu gewinnen und ferner unsere Kenntniss der Physiologie der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen zu vermehren. Er kommt zu dem Resultat, dass entgegen der von Gontschakow 1902 aufgestellten Behauptungen, ein Cytotoxin mit der Eigenschaft, die Zellen der Thyreoidea oder Parathyreoidea in situ zu zerstören, bisher nicht gefunden ist. Aus den im zweiten Theil der Arbeit mitgetheilten Versuchen lässt sich der Schluss ziehen, dass der Schilddrüse ein ausgesprochener Einfluss auf den Metabolismus zukommt, während die Nebenschilddrüsen eine andere Function haben.

LEFFERTS.

118) **Jean Lépine** (Lyon). **Antithyreidserum. (Sérum antithyroidien.)** *Lyon médical. 29. November 1903.*

Anstatt, wie man es bisher gethan, das Serum von Thieren anzuwenden, bei denen die Thyreodectomie vorgenommen war, hat Verf. daran gedacht, Serum von immunisirten Thieren, solchen, die gegen Hyperthyroidisation geimpft sind. einzuspritzen.

Zu diesem Zweck hat er versucht, eine Ziege gegen die Wirkung der Schilddrüse zu immunisiren, indem er ihr Extract von Schilddrüsen, die von Ziegen oder Hammeln stammten, einspritzte oder sie mit Schilddrüsensubstanz fütterte.

L. kommt zu folgenden Schlüssen:

a) Es ist möglich, die Ziege gegen Thyroidismus zu immunisiren; diese Immunisation ist langwierig und schwierig.

b) Eine Injection von weniger als 20 ccm des vom immunisirten Thiere stammenden Serums führt beim gesunden Hunde zu keinen ernsten Erscheinungen.

c) Das Serum scheint die Function der Schilddrüse zu verringern.

d) Es ist gerechtfertigt, beim Morbus Basedow vorsichtige Versuche mit der Anwendung dieses Serums zu machen.

PAUL RAUGÉ.

119) **L. Stevenson. Die Behandlung des Kropfes durch den Gebrauch von destillirtem oder Regenwasser. (The treatment of goitre by the use of distilled or rain water.)** *Lancet. 1. August 1903.*

Verf. führt aus, dass diese Behandlungsart nichts Neues darstellt. Er sieht die Erklärung für seinen Erfolg darin, dass der Pat. Wasser trinkt, das frei ist von „Kropfgift".

ADOLPH BRONNER.

120) **A. E. Taylor. Die Behandlung des Kropfes durch den Gebrauch von destillirtem oder Regenwasser. (The treatment of goitre by the use of distilled or rain water.)** *Lancet. 7. November 1903.*

Verf. berichtet über 4 Fälle, die aus Victoria stammen. Dort wird ausschliesslich Regenwasser getrunken. In 2 Fällen entwickelte sich ein Kropf, in den beiden anderen nahm ein schon bestehender an Grösse ersichtlich zu.

ADOLPH BRONNER.

121) **F. C. Madden. Zwei tödtliche Fälle von partieller Thyreoidectomie. (Two fatal cases of partial thyroidectomy.)** *Lancet. 21. Juni 1903.*

I. 12jähriges Mädchen mit grossem Kropf. Der ganze Tumor mit Ausnahme eines wallnussgrossen Stückes am Isthmus wurde entfernt. Zwei Tage nach der Operation trat ein mehrere Stunden anhaltender schwerer Larynxspasmus auf; dann trat für zwei Tage Tetanus ein, Patientin wurde sehr bleich und anämisch. Es wurden einige Thyreoidtabletten gegeben. Am 12. Tage zeigten sich die tetanischen Symptome wieder und Pat. starb in Folge Tetanus der Athemmuskeln. Das kleine bei der Operation zurückgelassene Stück Schilddrüse war resorbirt worden.

II. Pat. war ein 24jähriger Mann; die Schwellung der Schilddrüse beschränkte sich auf den Isthmus. Nach der Exstirpation wurde Pat. unruhig und

aufgeregt; die Respiration wurde sehr beschleunigt. Am nächsten Morgen war er somnolent und starb 18 Stunden nach der Operation. ADOLPH BRONNER.

g. Oesophagus.

122) **Eduard A. Aronson. Oesophagoskopie. (Esophagoscopy.)** *N. Y. Medical News. 29. August 1903.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Geschichte der Oesophagoskopie und theilt seine an deutschen Kliniken von dieser Methode gewonnenen Eindrücke mit.

LEFFERTS.

123) **W. Atkinson Wood** (Melbourne). **Ein Zweischillingstück im Oesophagus; Entfernung. (Two-Shilling piece in oesophagus-removal.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. September 1903.*

Ein 10jähriges Mädchen hatte das Geldstück verschluckt. Untersuchung mit Röntgenstrahlen ergab, dass der Fremdkörper in der Höhe des 3. Rückenwirbels sass. Es wurde Clendennen's Münzfänger gebraucht, an dem sich eine elektrische Glocke befindet, die zu läuten beginnt, sobald das Geldstück gefasst ist.

A. J. BRADY.

124) **A. V. L. Brokaw. Entfernung eines 5 Centstücks aus einem verengten Oesophagus. (Removal of a 5 cent piece from a strictured oesophagus.)** *Interstate Medical Journal. November 1903.*

Es handelt sich um ein Kind, das früher einmal Lauge getrunken hatte und wegen einer daraus resultirenden Oesophagusstrictur erfolgreich mit Bougies behandelt wurde. Ein 5-Cent.-Stück, das ihm zur Belohnung für sein Stillehalten beim Bougieren gegeben war, verschluckte das Kind. Der Sitz des Fremdkörpers wurde durch Röntgenstrahlen bestimmt; die Extraction geschah mittels einer biegsamen Trousseau'schen Zange. EMIL MAYER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Giuseppe Gradenigo. Patologia e Terapia dell'orecchio e delle prime vie aeree.** 8. 968 Seiten mit 278 Figuren im Text. Turin. S. Lattes u. Co. 1903.

Mit dem stattlichen fast 1000 Seiten umfassenden Band, in dem der Verf. in 32 Vorlesungen die gesammte Otologie, Rhinologie und Laryngologie abgehandelt hat, hat er nicht nur den Fachgenossen seines engeren Heimathlandes eine werthvolle Gabe überreicht; auch darüber hinaus wird man seinem Buch wegen der ausführlichen und ungemein sorgfältigen Behandlung des Gegenstands, der vielen darin niedergelegten persönlichen Erfahrungen und Anschauungen und des grossen auf das Werk verwandten Fleisses, unter den in den letzten Jahren erschienenen Lehrbüchern einen Platz in der ersten Reihe nicht vorenthalten können.

Bei der Abfassung des Buches hat Verf., wie er selbst in der Vorrede hervorhebt, sich auch von einem nationalen Gesichtspunkte mitleiten lassen. Er wollte den seiner Ansicht nach nicht genügend bekannten Arbeiten der italienischen Autoren zu ihrem Recht verhelfen und durch sein Buch dazu beitragen, dass sie einer unverdienten Vergessenheit entrissen würden und ihnen der Platz in der Literatur eingeräumt würde, der ihnen zukommt. Die Sorge, der Verf. hier Ausdruck giebt, ist meines Erachtens unbegründet: die vielen werthvollen Arbeiten italienischer Autoren haben ihren geziemenden Platz in der Gesammtliteratur und sind durchaus bekannt und anerkannt. Namen wie Massei, Grazzi, Gradenigo, Cozzolino, Dionisio und viele andere erfreuen sich überall eines guten Klangs. Anzuerkennen ist, dass Verf. von jenem nationalen Gesichtspunkt sich nicht zu chauvinistischer Einseitigkeit hat verführen lassen, sondern auch den anderssprachlichen Autoren ihr volles Recht werden lässt. Nur hin und wieder scheint der Verdacht gerechtfertigt, dass irgend eine Arbeit, ein Operationsverfahren oder dergleichen über Gebühr in den Vordergrund gerückt wird, weil sie von einem Italiener stammen. So z. B. wenn Verf. in dem Kapitel über Ozaena der Serotherapie von Belfanti und Della Vedova, die doch, wie er schliesslich selbst zugiebt, alle an sie geknüpften Erwartungen getäuscht hat, eine recht ausführliche Besprechung widmet, die Gottstein'sche Tamponade dagegen in ein paar Zeilen abthut.

Gewisse Bedenken habe ich gegen die Anordnung des Stoffs, die G. in seinem Buch befolgt. Ich will davon absehen, dass die Rhinolaryngologie, die doch den Nachweis ihrer Daseinsberechtigung als vollwerthige Specialdisciplin wohl endgültig geführt hat, hier wieder einmal mit der Otologie zusammengeschmolzen ist; es mag dies seinen Grund darin haben, dass an den italienischen Universitäten — und für italienische Studirende und Aerzte ist das Lehrbuch ja in erster Reihe geschrieben — die beiden Disciplinen ein Lehrfach in den Händen eines Docenten bilden.

Ferner hat Verf. ein Eintheilungsprincip angewandt, das auch Moritz Schmidt in seinem vortrefflichen Lehrbuch befolgt, und das meiner Meinung nach der Grund ist, weshalb die Orientirung in diesem dem Nichtspecialisten und Anfänger schwer wird, das Princip nämlich, jede Krankheit durch das ganze Gebiet zu verfolgen. Eine innere Berechtigung kann dieser Anordnung nicht abgesprochen werden, in der Praxis aber führt sie zu Schwerfälligkeiten und Gezwungenheiten in der Gruppirung des Stoffs und diese Schwierigkeiten werden im vorliegenden Buch noch dadurch vermehrt, dass auch das ganze grosse Gebiet der Ohrenerkrankungen mit hineinbezogen ist. Auch Inconsequenzen kommen dabei vor. So ist die Hyperplasie der Gaumenmandeln in dem Kapitel, in dem von den einfachen chronischen Katarrhen die Rede ist, speciell beim Katarrh des Pharynx, abgehandelt, während die Hyperplasie der Rachenmandel, die adenoiden Vegetationen, nicht, wie man demnach erwarten müsste, beim Nasenrachenkatarrh, sondern in einem besonderen Kapitel besprochen worden. Auch ist die Ausführlichkeit, mit der die verschiedenen Gegenstände behandelt werden, sehr ungleichartig und steht nicht immer im Verhältniss zu deren Wichtigkeit für die Praxis; so findet die Laryngitis chronica, mit Einschluss der Sängerknötchen, der Pachydermie und der Stoerk'schen

Blennorrhoe auf drei Seiten Platz, während der Ozaena ein besonderes Kapitel von 26 Seiten eingeräumt ist.

In dem Kapitel über Innervation des Kehlkopfes stellt Verf. die Behauptung auf, dass ein Einfluss des N. accessorius spinalis auf die Larynxmuskulatur als ausgeschlossen gelten kann. Die Arbeiten van Gehuchten's und seiner Schüler, besonders de Beule's, die zu einem dieser Ansicht entgegengesetzten Resultate gelangen, sind nicht berücksichtigt. Finder.

b) **R. Kafemann. Rhino-pharyngologische Operationslehre mit Einschluss der Elektrolyse für Aerzte und Studierende.** 2. Aufl. Halle a/S. 1903. Carl Marbold.

Der Verf. bemüht sich durch sein geschickt abgefasstes Büchlein, denjenigen praktischen Aerzten, die sich bereits einen gewissen Grad technischer Ausbildung in der Erkennung und Behandlung der Krankheiten der oberen Luftwege zu eigen gemacht haben, eine Handhabe für die Ausführung gewisser rhino-pharyngologischer Operationen zu bieten. Er hofft, dass eine bessere technische Ausbildung, die dem Verständniss des Laienpublikums weit mehr imponirt als eine noch so tiefe wissenschaftliche Durchbildung, dem praktischen Arzt behülflich sein werde, sein Ansehen und seine sociale Stellung dem Publikum gegenüber zu heben. Was nun auf diesem Wege durch theoretischen Unterricht erreicht werden kann, das wird das Kafemann'sche Büchlein gewiss erreichen. Es ist klar geschrieben, mit Abbildungen von Instrumenten und anatomischen Präparaten wohl ausgestattet und ist entsprechend der reichen Erfahrung seines Verf.'s auf wohldurchdachten Principien aufgebaut.

Besonders wohlthuend wirkt die Selbstkritik, mit der Kafemann seine früheren Anschauungen über den therapeutischen Werth der Elektrolyse modificirt hat. Referent freut sich, ihm jetzt auch in diesem Punkt seine volle Zustimmung aussprechen zu können. G. Kuttner.

c) **H. Dorendorf. Kehlkopfstörungen bei Tabes. Nach dem Material der Gerhardt'schen Klinik.** Enslin, Berlin. 1903.

Dorendorf fand bei 245 Tabikern (157 Männern und 88 Frauen), die während der Jahre 1884—91 in der C. Gerhardt'schen Klinik zur Beobachtung kamen, 11 Fälle mit einseitiger Posticuslähmung, darunter je einen Fall mit gleichzeitiger Internus- und gleichzeitiger Cricothyreoideuslähmung; 11 Fälle von doppelseitiger Posticuslähmung, von denen 3 gleichzeitige Internuslähmung zeigten. 1 mal fand er doppelseitige und 6 mal einseitige Recurrenslähmung. Unter den letzteren war ein Fall mit Posticuslähmung der anderen Seite und ein Fall mit Posticus- und Internuslähmung der anderen Seite combinirt. Es fanden sich somit unter 245 Tabikern 29 (i. e. 12 pCt. der Fälle) Stimmbandlähmungen. 8 Patienten litten an laryngealen Krisen und 10 an zuckenden Stimmbandbewegungen. Es waren demnach im Ganzen 38 Patienten = 15,5 pCt., hierunter 30 = 19,1 pCt. Männer und 8 = 9,1 pCt. Frauen, die laryngeale Störungen aufwiesen. Betreffs einer vorausgegangenen Lues constatirte Dorendorf, dass unter 157 tabeskranken Männern 84 = 53,5 pCt., unter 88 Weibern 33 = 37,5 pCt.

sicher syphilitisch inficirt waren, in Summa 117 = 47,75 pCt. der Tabischen. Wahrscheinlich inficirt waren: Männer 6, Weiber 4, in Summa 10. Kein Anhaltspunkt für Lues war vorhanden bei 67 = 42,67 pCt. Männern, bei 51 = 57,95 pCt. Weibern.

Die Schilderung der klinischen Symptome und der pathologischen-anatomischen Untersuchungen decken sich ungefähr mit den Angaben anderer zuverlässiger Autoren, wie Semon, Krause, Dreyfuss, Burger, Sendziak. Die Abweichungen, die sich in den Zahlenangaben der verschiedenen Autoren zu erkennen geben, dürften sich wohl aus localen und anderen vom Zufall abhängigen Bedingungen erklären lassen.

Führt somit die Dorendorf'sche Arbeit auch nicht gerade neue Gesichtspunkte ins Treffen, so darf sie doch durch die Grösse des Beobachtungsmaterials, über das sie berichtet, und die Gründlichkeit und Einheitlichkeit der Untersuchungen eine besondere Stellung in der Tabesliteratur beanspruchen. Nicht ganz so glücklich und instructiv wie diese Aufzählung von Thatsachen sind die Deutungs- und Erklärungsversuche, mit denen Dorendorf seine Arbeit versehen hat. Es scheint, als ob ihm eine Reihe neuerer Arbeiten, die sich mit den einschlägigen Verhältnissen beschäftigen, ganz entgangen seien. So finden wir S. 5 folgenden Passus: „Wissen wir doch aus den physiologischen Experimenten, dass das gelähmte Stimmband bei der Inspiration nur noch bis in die Cadaverstellung tritt, wenn sämmtliche Fasern, die zur Innervation des Crico-arytaenoideus posticus dienen, functionsunfähig werden. Nach einiger Zeit macht sich noch ein anderer Factor, die paralytische Contractur der Antagonisten geltend, und das paralytische Stimmband rückt mehr und mehr nach innen, um schliesslich in oder dicht an der Medianlinie fixirt zu werden." Die hier wiedergegebenen Anschauungen lassen sich aber nach den Ergebnissen neuerer experimenteller Untersuchungen (siehe Grossmann, Kuttner und Katzenstein, Klemperer, Brockaert) so ohne Weiteres nicht aufrecht erhalten. Haben doch diese Autoren übereinstimmend gezeigt, dass auch nach Ausschaltung des Posticus die betreffende Stimmlippe bei der Inspiration über die Cadaverstellung hinaus abducirt werden kann. Desgleichen hat das Thierexperiment gelehrt, dass auf die Ausschaltung des Posticus durchaus nicht ohne Weiteres Contractur der Antagonisten folgt. — S. 38 bespricht dann der Verf. die Innervationsbedingungen der Kehlkopfmusculatur während der Athmung; auf Grund seiner Beobachtungen bei Tabeskranken kommt er zu dem Schluss, dass die Erweiterer ebenso wie die Verengerer während der Respiration unter einem dauernden Tonus gehalten werden. Auch hier scheint Dorendorf übersehen zu haben, dass der Referent diese Frage schon vor mehreren Jahren in zwei ausführlichen Arbeiten gemeinschaftlich mit Herrn Dr. Katzenstein behandelt hat. Dann polemisirt der Verf. wiederholentlich dagegen, dass die ruckweisen Bewegungen der Stimmlippen, die man bei Tabeskranken öfters sieht, als Zeichen von Ataxie aufgefasst werden. Er meint, diese zuckenden, zumeist während der Inspiration zu beobachtenden Bewegungen seien nicht als ataktische, sondern als Coordinationsstörungen in Folge von Schwächung der Postici anzusehen. Aber selbst wenn man diese Schwächung der Postici bereitwilligst zugiebt, so scheint mir dadurch die Ablehnung des Be-

griffes der Ataxie nicht genügend motivirt zu sein. Gewiss wird diese Bezeichnung gewöhnlich dort gebraucht, wo die grobe Kraft der Muskeln anscheinend noch unverändert ist, aber schliesslich müsste doch eine geordnete Coordination sich auch dort, wo der eine oder der andere Muskel eine dauernde Schädigung seiner Kraft zeigt, den veränderten Verhältnissen anpassen — und sie müsste nicht nur, sondern sie thut es auch, wie das Thierexperiment und viele klinische Beobachtungen unter allen möglichen Verhältnissen und auch bei einfacher Posticusparalyse lehren. Und wenn nun gerade bei der Tabes, bei der doch Coordinationsstörungen aller Art zu den alltäglichen Erscheinungen gehören, in einzelnen Fällen das functionelle Ineinandergreifen der verschiedenen Muskelgruppen in einer Weise gestört ist, wie es in anderen Fällen von beginnender Posticuslähmung nicht zu geschehen pflegt, so meine ich, dass hier „die mangelhafte Coordination der zur Aufführung dieser Bewegung nothwendigen Muskelkraft“, das heisst nach Dorendorf's eigener Definition (s. p. 38) die Ataxie, eine grössere Rolle spielt als die Schwächung der Postici. Auch der Haupttrumpf, den Dorendorf S. 38 gegen die Annahme einer Ataxie ausspielt, konnte den Ref. nicht überzeugen. Er sah bei zwei Patienten diese zuckenden Bewegungen der Stimmlippen, wenn sie weder athmeten noch phonirten, d. h. in einer Situation, in der Stimmlippen normaler Weise stillstehen. Er meint nun, dass man hier von Ataxie schwerlich sprechen könne, weil zu ihrem Wesen gehört, dass sie nur bei Bewegungen auftritt. Nun giebt aber D. selbst einige Zeilen vorher zu, dass die Erweiterer wie die Verengerer unter einem fortdauernden Tonus gehalten werden, und da sehe ich nicht ein, weshalb man nicht von einer Ataxie sprechen soll, wenn die Coordinationsstörung den zur Erzielung einer Gleichgewichtslage nothwendigen Ausgleich der wirksamen Muskelgruppen nicht zu Stande kommen lässt.

A. Kuttner.

---

d) Niederländische Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Elfte Jahresversammlung am 9. und 10. Mai 1903 in Rotterdam.

(Die otologischen Vorträge sind hier nicht referirt worden. Für den vollständigen Bericht siehe die Monatschrift für Ohrenheilkunde.)

Anwesend 31 Mitglieder. In den Vorstand wurden wiedergewählt die Herren: Guye, Vorsitzender, Moll, Schatzmeister und Burger, Secretär — Bibliothekar (Weteringschans 72, Amsterdam).

Vorsitzender: Herr Guye.

IV. G. Brat (Rotterdam): Demonstration eines Falles von geheilter Kehlkopffractur.

Die 63jährige Patientin war, fünf Tage bevor B. sie zum ersten Mal sah, mit dem Hals auf den Rand des Regenfanges gefallen: hochgradige Heiserkeit, blutig tingirter Auswurf, bei Palpation Crepitation, keine Dyspnoe. Nach fünfviertel Stunden aber zunehmende Dyspnoe, welche zu Bewusstseinsverlust führte. Unmittelbar wurde vom Hausarzt im Luftweg eine Oeffnung angelegt und eine

Röhre eingeführt, durch welche die Patientin gut athmen konnte. B. fand eine Canüle im Lig. conicum, etwas links von der Medianlinie. Ein subcutanes Emphysem breitete sich über die beiden ersten Intercostalräume aus. Die Kehlkopfgegend war geschwollen. Anfänglich konnte das Larynxinnere in Folge Schleimanhäufung nicht gesehen werden. Später zeigte sich der Larynxeingang normal, das Lumen erheblich verengt, die Taschenbänder in deren vorderen Theilen geschwollen, die linke Kehlkopfhälfte bewegungslos, die Stimmbänder, soweit sichtbar, roth; auch Schwellung in den Sinus piriformes. Am 16. Tage nach dem Trauma wurde die Canüle entfernt, worauf sich die äussere Wunde schnell schloss. In wenigen Tagen entwickelte sich nun eine zunehmende Larynxstenose. Intubation mit O'Dwyer'schen und Bleyer'schen Röhren. Zur Abwechslung Dilatation mit Schrötter's Kautschukröhren. Die letzte Behandlung mit Bleyer's Röhre No. 2 fand am 23. Januar 1903 statt. Bei ruhigem Verhalten keine Dyspnoe, wohl dagegen nach Anstrengungen. In der Nacht ist die Athmung hörbar. Die Heiserkeit besteht noch unverändert; man hört einen inspiratorischen Stridor; das laryngoskopische Bild ist ziemlich unverändert.

Die Diagnose Larynxfractur stützt sich auf: 1. Crepitation, 2. Emphysem. 3. Schwellung des Schildknorpels sowohl an den Taschenbändern als in den Sinus piriformes erkennbar, 4. lange andauernde Neigung zur Verengerung des Kehlkopflumens.

ter Kuile meint, die ausserhalb der Glottis gelegene Stenose dürfte Behandlung mit Schrötter'schen Zinnbolzen eher als mit O'Dwyer'schen Tuben indicirt haben.

Brat leugnet die Existenz einer Stenose unterhalb der Glottis.

VIII. W. Schilperoort (Rotterdam): Demonstration eines Falles von Paralyse des linken N. recurrens und des rechten M. crico-aryt. posticus bei Syringomyelie.

Die 19jährige Patientin hat bereits seit mehreren Jahren einen Kehlkopfstridor bemerkt, der in der letzten Zeit aber zugenommen hat. Sonst keinerlei Beschwerden. Nur ab und zu Verschlucken. Es besteht ein deutlicher inspiratorischer Stridor; die Stimme ist gut. Stimmbänder bei ruhiger Respiration in Cadaverstellung, das linke weist eine geringe Excavation auf. Bei tiefer Inspiration blieben die Stimmbänder unbeweglich; die Spitzen der Giesskannenknorpel machen dabei zitternde Bewegungen. Linkes Stimmband auch bei der Phonation unbeweglich. Rechtes Stimmband überschreitet die Medianlinie, wobei das rechte Arytaenoid vor das linke tritt. Rechts besteht also eine Posticuslähmung, noch ohne secundäre Adductorencontractur.

Neurologische Untersuchung (Dr. von Ziegenweidt) ergiebt eine Reihe von Abweichungen, welche zu der Diagnose Syringomyelie führen. S. bespricht die Häufigkeit der Larynxstörungen bei der Syringomyelie. Die einseitige vollständige Recurrenslähmung ist am häufigsten. Die Posticuslähmung bildet bei der Syringomyelie nur ein sehr vorübergehendes Stadium. Im Gegensatz zu der Tabes, wo gewöhnlich Respirationsstörungen im Vordergrund stehen, sind bei Syringomyelie Phonationsstörungen häufiger. In dem vorliegenden Falle aber

fehlen dieselben dank der ausgezeichneten Hyperfunction des rechten Stimmbandes.

Zwaardemaker bittet nachträglich um Geruchs- und Geschmacksuntersuchung bei diesen Patienten. Diese Sinnesorgane werden von den Neurologen vernachlässigt. Nicht unwahrscheinlich sind in solchen Fällen Unterschiede der Reizbarkeit für verschiedene Qualitäten.

IX. P. J. Zaalbeg (Amsterdam): Die Gussenbauer'sche Operationsmethode. Demonstration von drei operirten Patienten.

Im Jahre 1894 hat Gusssenbauer (Wiener klin. Wochenschr., Mai 1895) eine Operationsmethode angewandt zur Abtragung einer hauptsächlich die Orbita, das Siebbein und die Keilbeinhöhlen einnehmenden Geschwulst. Z. beschreibt diese Operation, welche wesentlich in einer temporären Resection des knöchernen Nasenskelettes besteht, und die er nach dem Beispiele Winckler's (Naturforscherversammlung in Hamburg) in einigen Fällen hochgradiger combinirter Nebenhöhlenentzündung gemacht hat. In zwei dieser Fälle war früher die Luc'sche doppelseitige Fronto-ethmoid-Operation ohne Erfolg gemacht gemacht worden. Z. hat die Wunde primär wieder verschlossen. Ueber Nachschmerzen wurde nicht geklagt, ebenso wenig über Doppeltsehen. Das Gesicht ist die ersten Tage gewaltig geschwollen und suffundirt. Die Choanaltampons entfernt Z. unmittelbar nach der Operation, die übrigen Tampons können längere Zeit liegen bleiben. Die Blutung ist sehr stark, wurde indessen durch Adrenalin sehr wesentlich verringert. Z. erwähnt, dass nach der Operation eine geringe Cyanose bestand, und dass der Puls beschleunigt war, Erscheinungen, welche vielleicht dem Adrenalin zugeschrieben werden müssen. Nach Entfernung der Tampons werden Irrigationen gemacht. Das subjective Resultat ist ein ganz ausgezeichnetes, und keiner der Patienten beschwert sich wegen der immer etwas entstellenden Narbe.

Brat erachtet das kosmetische Resultat als ein ganz vorzügliches bei den demonstrirten 3 Patienten, gewiss weit besser als bei den Patienten Winckler's, die er in Hamburg sah. Es dürfte dasselbe dem primären Verschluss der Wunde zu verdanken sein.

X. Th. E. ter Kuile: Demonstration einer Stimmbandaffetion, zur Diagnose.

Der Patient, ein 27jähriger Arbeiter, ist etwas heiser seit einem Jahre. Der Verschluss der Stimmritze ist ein unvollständiger. Die vordere Hälfte des linken Stimmbandes trägt ein einige Millimeter grosses, mit einer weissen cholesteatomähnlichen Masse bedecktes Geschwür mit lichtrothem undeutlichem Rande.

In der Discussion wird die Meinung ausgesprochen, dass die Affection eine carcinomatöse und der weisse Belag durch Leptotrix verursacht sei.

XI. F. H. Quix (Utrecht): Demonstration mikroskopischer Präparate.

A. Tuberculose in adenoiden Vegetationen. Noch immer harrt die wichtige Frage der Beziehung zwischen Tuberculose und adenoiden Vegetationen

ihrer Lösung. Ausser den theoretischen Fragen, welche hier walten, ist es überaus wichtig, festzustellen, in wie fern die Operationsindication durch das Auffinden von Tuberculose in diesen Vegetationen abgeändert werden soll. Zu allererst bedürfen wir statistische Kenntnisse über das Vorkommen von Tuberculose in adenoiden Vegetationen. Die Angaben gehen sehr auseinander. Während die meisten, u. A. Lermoyez, Gottstein, Lewin, wiederholt riesenzellenhaltige Tuberkel finden, hat Broca in 100 Fällen nicht ein einziges Mal Tuberculose gesehen. Das Vorkommen von Riesenzellen mit umgebenden Epitheloidzellen genügt zur Diagnose der Tuberculose nicht, weil dieselben auch in Folge Reaction auf einen eingewanderten Fremdkörper entstehen können. Multiple Tuberkel mit typischen Riesenzellen wurden allgemein als ein Zeichen der Tuberculose betrachtet. Tuberkelbacillen sind nur selten und dann auch nur sporadisch angetroffen worden. Q. demonstrirt zwei Präparate. Das eine zeigt multiple Tuberkel in jedem Bilde, in dem andern sind dieselben nur äusserst sparsam vorhanden. Die mikroskopische Untersuchung soll systematisch geschehen und muss man die Tonsillenmasse in mehreren Tiefen untersuchen.

B. Sogenannte Schleimpolypen und Hypertrophie der Nasenmuschelschleimhaut.

Ein Vergleich dieser beiden pathologischen Gewebe ergiebt den Eindruck, dass wir es bei den sogenannten Schleimpolypen nur mit einer umschriebenen Hypertrophie zu thun haben. Mehrere Stellen der beiden Affectionen zeigen ganz ähnliche Bilder.

Zwaardemaker betont die practische Wichtigkeit der Frage der Tuberculose in adenoiden Wucherungen. Es fragt sich, in wieweit die Operation tuberculöser Vegetationen die Gefahr einer Miliar-Tuberculose herbeirufe.

Moll unterstützt die Anregung zur mikroskopischen Untersuchung abgetragener Vegetationen. Bei bestehender Tuberculose in denselben erblickt er darin eine neue Indication für die Operation.

Frederikse hat an den von ihm untersuchten Nasenpolypen immer völlig intactes Epithel gesehen, während das unterliegende Gewebe stark imbibirt war. Fast sämmtliche Bindegewebsbündel waren von der Flüssigkeit auseinandergedrängt. Was ist die Bedeutung der vielen eosinophilen Zellen, die man in den Nasenpolypen findet?

Quix antwortet, dass man bei guter Härtungsmethode in der Regel beobachten kann, dass die Flüssigkeitsansammlung in den erweiterten, mit feinem Endothel ausgekleideten Lymphgefässen sitzt.

Burger betont die ausserordentlichen Schwierigkeiten einer systematischen mikroskopischen Untersuchung abgetragener Adenoide. Diese Untersuchung ist zehr zeitraubend, da bei negativem Ergebniss eine grosse Anzahl Schnitte untersucht werden sollen. Vor 2 Jahren hat Dr. Polak Daniels etwa 30 Fälle aus B.'s Praxis sorgfältig untersucht; das Resultat war in sämmtlichen Fällen negativ.

Quix stimmt bei, dass die Schwierigkeiten gross sind. Die bis jetzt erhaltenen Resultate gehen weit auseinander: ein Forscher fand in 200 Fällen kein einziges Mal Tuberculose, ein anderer 1 mal in je 11 Adenoiden. Lewin zählte

sämmtliche veröffentlichte Statistiken zusammen: auf 900 Adenoide kamen 5 pCt. Tuberculose. Es wäre nun sehr wichtig, die Fälle, in welchen Tuberculose und diejenigen, in welchen solche nicht gefunden wurde, während längerer Zeit zu verfolgen.

Guye meint, dass die Anwesenheit von Tuberculose nie eine Contraindication sein kann. Es ist im Gegentheil immer erwünscht, einen tuberculösen Herd auszuschalten.

Zwaardemaker hingegen bemerkt, dass das Operiren in tuberculösem Gewebe eine Aussäung der Tuberculose im Gefolge haben kann. Es ist von Bedeutung, ob die Tuberculose der Rachenmandel primär oder vielmehr Theilerscheinung einer allgemeinen Drüsentuberculose ist. Bei der Indication sollen die mechanischen Störungen den Ausschlag geben. Sind dieselben nicht erheblich, so betrachte man die tuberculöse Pharynxtonsille als ein Noli me tangere.

Quix schliesst sich diesen Ausführungen an. Es ist nicht immer möglich, den Herd gänzlich zu entfernen. Ein abgekapselter ruhender Tuberkel ist weniger gefährlich als ein an die Oberfläche gerückter. Die Chirurgen operiren, wenn die Operation keine radicale sein kann, Tuberculose am liebsten nicht.

Faakeldey dagegen betrachtet den Verdacht auf Tuberculose als eine zwingende Indication für Adenotomie, auch ohne hochgradige mechanische Störungen. In solchen Fällen erlebte er von der Adenotomie eine äusserst günstigen Einfluss auf den Allgemeinzustand und theilt selbst zwei Beispiele dieser Art mit.

XII. A. C. H. Moll (Arnheim): A. Demonstration eines Falles von Epiglottisgeschwür zweifelhafter Art.

Seit einem halben Jahre bei ausgezeichnetem Allgemeinzustande ein Substanzverlust am Rande der Epiglottis bei einem Manne mittleren Alters. Das Geschwür hat einen infiltrirten Rand; es verursacht keine Beschwerden und ist die ganze Beobachtungszeit stationär geblieben. M. erörtert die diagnostischen Möglichkeiten.

Die meisten Anwesenden neigen dahin, den Fall als Tuberculose zu betrachten.

B. Demonstration eines Falles von geheiltem Carcinoma epiglottidis.

Bei einem älteren Herrn entwickelte sich mit unbestimmten Halsbeschwerden ein Ulcus an der Epiglottis. Die Untersuchung eines excidirten Stückchens ergab das unzweideutige Resultat Carcinom. Weil die Ausdehnung nach unten hin nicht mit Gewissheit festzustellen war, verzichtete M. auf die endolaryngeale Methode und machte am 12. Juni 1902 nach Tracheotomie die Pharyngotomia subhyoidea. Das Carcinom war auf den Kehldeckel beschränkt; derselbe wurde mit dem Paquelin grösstentheils abgetragen; die Heilung ging ohne Störung von statten; die Epiglottis zeigt jetzt ein vollständig glattes und dünnes Aussehen. M. demonstrirt das mikroskopische Präparat: ein vom Plappenepithel ausgehendes, im Subepithelialgewebe diffus wucherndes Epithelialcarcinom.

Burger ist in der Lage gewesen, den Pat. kurz vor der Operation zu untersuchen. Es bestand damals ein zweifelloses Carcinom, welches die Hälfte des freien Epiplottistheiles einnahm. Das Resultat ist ein vorzügliches; es ist nicht die Spur eines Recidivs wahrnehmbar.

XIII. P. Th. L. Kan (Leiden): Demonstration broncho- und ösophagoskopischer Instrumente und des bronchoskopischen Phantomes Killian's..

XIV. H. Burger (Amsterdam): Tödtliche Blutung nach Adenotomie.

Im März 1902 ist in B.'s Klinik ein Fall von Verblutung nach der Amputation der drei Tonsillen bei einem 11jährigen Knaben vorgekommen. Die Operation wurde ohne Narkose mit dem Kirstein'schen Messer gemacht; die Blutung war nicht besonders stark. Nach einer Stunde wurde der Pat. wieder ins Spital gebracht und in die Rotgans'sche Klinik aufgenommen. Er hatte eine profuse Blutung aus dem Nasenrachenraum, der tamponirt wurde. Dieselbe Nacht trat ohne erneuerte Blutung Exitus ein. Bei der Section zeigte sich, dass der Pat. an Leukämie gelitten hatte, und zwar an der gemischten, überwiegend lymphatischen Form. Ein halbes Jahr später erschien in der Poliklinik ein Knabe von 16 Jahren mit starker Vergrösserung der drei Tonsillen; dieselben hatten ein blass-cyanotisches Aussehen und zeigten Sugillationen. Eingedenk des früheren Falles hat B. diesen Patienten nicht operirt. Blutuntersuchung (Dr. Frederikse) zeigte, dass auch dieser Patient an Leukämie litt (36 Leukocyten auf 400 Chromocyten). Im Binnengasthuis, wo Pat. nach kurzer Zeit wegen heftigen Nasenblutens in die Abtheilung des Directors Dr. Stumpff aufgenommen wurde, wurde die Diagnose durch klinische Untersuchung, wenige Wochen später auch obductorisch bestätigt.

Leukämie als Todesursache war in der Literatur der adenoiden Vegetationen unbekannt. Hämophilie ist ein Paar Mal vorgekommen. Es wäre dringend erwünscht, Mandeloperationen nur mit Vorkenntniss des Hausarztes zu machen. Allein in besuchten Polikliniken ist dies kaum möglich.

Die Gefahr der Verblutung ist ausserordentlich klein. Ausser 2 oder 3 Fällen mit hämorrhagischer Diathese sind in der Literatur nur 3 Fälle von Verblutungstod verzeichnet, auf eine ganz ungeheure Zahl von Adenotomien. Fälle von nicht tödtlicher, dennoch ernster Blutung sind in der Literatur etwa 40 zu finden. Als ursächliche Momente sind angegeben: das Alter (die Hälfte der Bluter war älter als 15 Jahre); das Operiren zur Zeit einer acuten Entzündung in den oberen Luftwegen oder der Menstruation; die Vernachlässigung der nöthigen Ruhe nach der Operation; die Verwundung benachbarter Organe (Vomer, Tubenwülste, weicher Gaumen); die Amputation eines abnorm entwickelten Tuberculum anterius atlantis, und vor allem das unvollständige Operiren, resp. das Sitzenlassen halbwegs amputirter Adenoidtheile.

B. demonstrirte Blut- und Leberpräparate seiner beiden Leukaemici.

Zaalberg hat gesehen, dass grosse Lappen Pharynxschleimhaut mit abgeschnitten wurden. Er meint, dass solche Läsionen zu einer ernsten Blutung Veranlassung geben können.

Burger kann keinen wesentlichen Unterschied erblicken zwischen der unvermeidlichen Verwundung der Schleimhaut des Nasenrachenraumes und solcher des tieferen Pharynxabschnittes. Es passirt ab und zu bei der Operation mit dem Ringmesser, dass ein Schleimhautlappen des Mundtheils mit amputirt wird. Mitunter bleiben Stücke der amputirten Rachenmandel an halbwegs abgeschnittenen Schleimhautlappen hängen und werden dann mit Zange oder Scheere abgetragen. Dabei sah B. nie eine erhebliche Blutung.

Braat kann sich der Meinung Moritz Schmidt's, dass das Messer nicht scharf sein soll, nicht anschliessen. Im Gegentheil ergiebt der Gebrauch stumpfer Instrumente die Gefahr, dass Blutgefässe abgerissen werden und damit grössere Aussicht auf Blutung als bei der scharfen Durchschneidung.

Kan dahingegen hält scharfe Instrumente für gefährlich. Er hat in 4 Fällen die Tamponade des Nasenrachenraumes machen müssen. In 3 von diesen Fällen war ein frisch geschliffenes Messer gebraucht worden. Von diesen 4 Patienten waren 3 zwischen 16 und 20 Jahren, der 4. war jünger.

Faakeldey macht gleichfalls eine neugeschliffene Curette vor dem Gebrauch immer mit einem Eisen etwas stumpf. Vor 10 Jahren operirte er eine Pharynxmandel bei einem kräftigen Manne. Die Blutung war nicht sehr stark, allein dieselbe dauerte, trotz Tamponade am zweiten Tage, während 4 Tagen fort. Die Blutung stand schliesslich, wie F. meint, hauptsächlich unter Einfluss von Secale cornutum, welche auch in anderen Fällen gute Dienste leistete.

v. Leyden fragt, ob in dem Falle B.'s Adenoidreste zurückgeblieben waren; weil die Gaumenmandeln nicht geblutet haben.

Burger ist dies nicht bekannt. Auch ist bei der Section der Nasenrachenraum nicht untersucht worden.

Muyderman meint, mit dem Ringmesser könnten leicht die Tubenwülste verwundet werden.

Guye theilt diese Meinung nicht. Als den bedeutendsten ätiologischen Factor betrachtet er das Alter. Bei Erwachsenen ist die Gefahr weit grösser. Dass die Blutung eine arterielle sein kann, hat er einmal gesehen nach einer Tonsillotomie. Er wurde am Tage nach der Operation zum Patienten hingerufen, der die ganze Nacht geblutet hatte. Es sah eine kleine Arterie gegen die hintere Pharynxwand aufspritzen. Die Blutung stand bald auf Andrücken von mit Liq. stypticus getränkter Watte. Uebrigens sah er eine bedeutende Blutung bei einem hämophilen Kinde und eine bei einer zur Zeit der Menstruation operirten Dame.

Brat hatte 2 Mal eine ernste Blutung, das eine Mal bei einem 19jährigen Fräulein nach Amputation der 3 Tonsillen, wobei ein neu geschliffenes Tonsillotom gebraucht wurde; das andere Mal bei einem Knaben, 17 Jahre alt, aus hämophiler Familie. Bei beiden Patienten stand die Blutung, wie er meint, in Folge erniedrigten Blutdruckes.

Kan erwähnt die Möglichkeit der Blutung durch Läsion von Schleimhautverdickungen am Septum, wenn die Curette zu weit nach vorne geführt wird. Dies kann namentlich passiren mit der Beckmann'schen Curette, welche stärker als die Gottstein'sche und Kirstein'sche gebogen ist.

Moll sah in seiner vieljährigen Praxis nur selten eine ernste Blutung. Vor längerer Zeit, als er noch mit der Woakes-Loewenberg'schen Zange arbeitete, hat er einmal eine solche erlebt, die er einer Verwundung des Septum mit dieser Zange zuschrieb. Mit der Kirstein'schen Curette ist dies kaum möglich. Als Hauptursache der Blutung betrachtet er das unvollständige Operiren. Man soll nach der Operation immer palpiren. Auch führt er nach der Operation stets einen mit Acid. tannic., Acid. gallic. aa getränkten Tampon ein.

ter Kuile theilt einen Fall von Tod nach Tonsillotomie, nicht durch Verblutung, sondern im Anschluss an eine Entzündung mit. Der Patient war ein blasses Knäblein von 7 Jahren. Acht Tage p. o. und nachdem er schon wieder die Schule besucht hatte, wurde der Knabe krank mit mässigem Fieber. Erst 4 Tage später wurde ter Kuile herbeigeholt. Er fand die Seitenwände des Rachens und den weichen Gaumen wie nekrotisirt aussehend. Keine Röthung, keine Infiltration, nur geringes Fieber. Am nächsten Tage Schwellung auf beiden Seiten im Trigonum cervicale superius, sehr schlechter Allgemeinzustand. Probeincision im linken peritonsillären Gewebe mit negativem Ergebniss. Am selben Abend Exitus letalis. ter Kuile kann kein anderes ätiologisches Moment entdecken als sehr schlechte cariöse Zähne.

XV. H. Braat (Arnheim): Ein Fall von Stimmbandlähmung bei acuter Strumitis.

Die 16jährige Patientin erkrankte acut mit Schmerz, Fieber und Husten (Influenza?) und bekam einige Tage später plötzlich heftige Athemnoth. B. fand sie am nächsten Morgen im Bette, in sitzender Stellung, mit starkem in- und exspiratorischem Stridor und matter klangloser Stimme. Der Kehlkopf machte keine respiratorische Bewegungen. Laryngoskopisch fand er das linke Stimmband in medianer Stellung, das rechte in starker Abduction, beide ohne respiratorische Bewegungen. Die linke Seite des Halses vor der Trachea trug eine faustgrosse, harte, druckempfindliche, sich unter dem M. sterno-cleido-mastoideus fortsetzende Geschwulst (acute Entzündung der linken Schilddrüsenhälfte). Der Larynx war etwas nach rechts dislocirt. Wenn auch die Luftröhre im Spiegelbild nicht gesehen werden konnte, so war offenbar der Stridor die Folge von Druck der Geschwulst auf die Trachea. Die linksseitige Posticusparalyse lässt sich durch directen Druck der Geschwulst auf den Recurrens erklären. Die Bewegungsanomalie am rechten Stimmbande ist weniger leicht zu deuten, weil an dieser Halsseite gar keine Abweichung wahrnehmbar war. Unter Application von Eis und Jodvasogen trat eine Besserung der subjectiven Beschwerden zugleich mit einer deutlichen Verkleinerung der Geschwulst ein. Nach 10 Tagen war der Stridor verschwunden und die Stimme normal. Das rechte Stimmband functionirte jetzt normal, während das linke noch immer in der Medianlinie fixirt stand. Nach einigen Tagen plötzlicher Rückfall und Wiederkehr sämmtlicher obengenannter Erscheinungen, welche dann allmälig und definitiv nachliessen und verschwanden. Auch die linksseitige Posticusparalyse ist allmälig verschwunden.

Burger schliesst aus der Beschreibung, dass keine musculäre Paralyse zugegen war. Das rechte Stimmband stand in starker Abduction, mit Rücksicht auf

die linksseitige Medianstellung eine ganz normale Position! Erst bei der Phonation trat auf dieser Seite die Bewegungsstörung auf. Als Folge von Recurrensparalyse kann B. dieselbe nicht erklären. Er betrachtet den Fall als eine linksseitige Posticuslähmung mit einer functionellen Adductorenlähmung, einer hysterischen Erscheinung, wie man dieselben ja oft auf organischen Abweichungen superponirt findet. Diese Auffassung ist mit der Linksseitigkeit des primären Leidens durchaus im Einklang.

Kan meint, dass die Posticuslähmung eine inflammatorische, unmittelbar von der Thyreoidea auf die Kehlkopfmuskeln fortgepflanzte sein dürfte. Es ist befremdend, dass die Entzündung der Schilddrüse sich nur auf eine Seite beschränkt hat.

Braat wiederholt, dass das Ergebniss der ganz schmerzlosen Palpation der rechten Halsseite ein negatives war.

XVI. F. H. Quix: Eine neue Methode zur Untersuchung des Geschmacksinnes.

Q. erinnert an die Bedeutung der Chorda tympani für den Geschmack. Für die Feststellung von Chordaaffection muss die Geschmacksuntersuchung eine topographische sein. Die Application von schmeckenden Flüssigkeiten ist ungenau, weil das Fluidum abfliesst. Bei Application von Krystallen kann man nicht dosiren. Q. bedient sich eines dickflüssigen Tropfens, der den Geschmackstoff in willkürlicher Concentration enthalten kann und sich leicht local appliciren lässt. Eine 1—2 proc. Gelatinelösung ist dazu gut geeignet. Als Vertreter der Geschmackarten nimmt er Zuckerlösungen von 30, 40, 60 pCt., Kochsalz 10—20 pCt., Chinini muriat. 0,1—0,4 pCt. und Acidum tartaricum 2—4 pCt. Für Säuren muss die Gelatinelösung etwas stärker sein. Um Pilz- und Bakterienentwicklung vorzubeugen, fügt man bei 100 g der Lösung einige Tropfen Formol hinzu. Der Tropfen wird auf der Zunge nur ganz allmälig flüssig. Es versteht sich, dass mittelst dieser Methode auch der Geschmacksinn von Pharynx und Larynx gemessen werden kann. Die Larynxspritze ist ein ganz geeignetes Instrument für die Application der Tropfen.

Bei einer Person fand Q. im Rhinopharynx, in der Umgebung der Tube Perception ausschliesslich für süss und bitter. Solche Thatsachen sind nicht ohne Bedeutung für die Beurtheilung von Geschmackseindrücken, welche bisweilen Geruchseindrücke begleiten.

Zur Hervorbringung des intensivsten Reizes wird der Geschmackstoff in reiner Krystallform, und zwar am Ende gekrümmter Stäbchen applicirt. Es werden Stäbchen von Candiszucker, Acidum tartaricum, Klippensalz und comprimirtem Chin. muriat. gebraucht. Vor dem Gebrauch werden die Stäbchen etwas angefeuchtet, nachher mit in Alkohol getränkter Watte desinficirt.

Auf diese Weise lässt sich der Geschmacksinn sowohl qualitativ als auch quantitativ bestimmen.

XVII. H. van Anrooy (Rotterdam): Ein Fall von Orbitalabscess nasalen Ursprungs.

In der Augenklinik des Dr. de Haas sah v. A. ein 20jähriges Mädchen mit

Protrusio bulbi links, starker Schwellung und Röthung des oberen Augenlides, beschränkter Beweglichkeit des Bulbus und heftigen Schmerzen oberhalb des Auges. Diese Beschwerden waren einige Tage zuvor acut aufgetreten. de H. konnte aus der linken Seite der Orbita Eiter aspiriren und mit einer feinen Sonde 4 cm medial- und rückwärts eindringen. Das Resultat der Nasenuntersuchung war ein völlig negatives; anamnestisch war nur dann und wann einige Schwellung der Nasenwurzel zu bemerken; auch war die Pat. dumpf und gedächtnisschwach. In Chloroformnarkose hat v. A. nach der von Grünwald angegebenen Methode operirt. Nach hinterer Nasentamponade wurde durch eine der Augenbraue parallele Incision die Orbita eröffnet, dann Haut und Periost zurückgeschoben und, nachdem viel Eiter entfernt worden, constatirt, dass man durch einen grossen Defect in der Lamina papyracea hindurch ins Siebbein eindringen konnte. Mit dem scharfen Löffel wurde dann eine breite Verbindung mit der Nasenhöhle hergestellt und ein Jodoformgazestreifen von der Wunde aus durch die Nase nach aussen geführt und die Wunde grösstentheils verschlossen. Heilung in ca. 3 Wochen.

v. A. meint, dass hier eine Mucocele im Siebbein allmälig Usur der Lamina papyracea verursacht hat. Die Mucocele sei in Eiterung übergegangen und habe beim Durchbruch in die Augenhöhle die stürmischen Erscheinungen verursacht. Keine Symptome seitens der Stirnhöhle. In der Nase nirgends Caries. Diabetes nicht vorhanden.

XIX. J. H. Polak (Haag): Ein antiseptisches Mittel zur Verhütung des Beschlagens der Kehlkopfspiegel.

P. lobt den Spiritus saponatus kalinus als desinficirendes und schleimlösendes Mittel. Für die Desinfection der Kehlkopfspiegel ist dasselbe ausserordentlich geeignet, wenn man dieselben 15 Minuten darin liegen lässt. P. erinnert an seine früheren Untersuchungen (Dissertation, Amsterdam 1901), welche den grossen Werth dieses Mittels als Desinficiens bewiesen haben, während dagegen das Desinfectionsvermögen des absoluten Alkohols nur ein ziemlich unbedeutendes ist. Auch ist der Seifenspiritus ein gutes Mittel zur Verhütung des Beschlagens der Spiegelchen. Nur muss man die Rückseite derselben gut abwischen und den überschüssigen Spiritus von der spiegelnden Fläche entfernen. Nun hat man den Vortheil, dass der Spiegel längere Zeit klar bleibt und dass derselbe mit einer desinficirenden Schicht, auf welcher kein Schleim oder Eiter antrocknet, überzogen ist. Das Mittel soll vom Apotheker vollständig klar geliefert werden.

H. Burger.

e) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. März 1903.

Vorsitzender: Mc Bride.

Bronner demonstrirt ein Präparat von einem Cylinderzellen-Carcinom des Nasenrachens.

Patient war ein 63jähriger Mann; er war vier Jahre lang unter Beobachtung. Er wurde mit Formalinspray behandelt.

Sir Felix Semon hält es für nicht ungewöhnlich, dass maligne Tumoren der Nase einen so langsamen Verlauf haben; er führt einen dies zeigenden Fall seiner Beobachtung an.

Kelson: Ein Fall von Dislocation der Nasenbeine in Folge von Polypen.

Patient, ein 60jähriger Mann, leidet seit 15 Jahren an Nasenpolypen; seit 6 Jahren besteht eine Deformität der Nase. Das linke Nasenbein ist aus seinen Verbindungen mit dem Stirn-, Siebbein und Oberkiefer gelöst und durch Druck usurirt.

Der Vorsitzende hat einen ähnlichen Fall gesehen, in dem nach Extraction einer grossen Zahl von Polypen Besserung eintrat.

Kelson: Fall von blutendem Nasenpolyp bei einem 15jährigen Mädchen.

Herbert Tilley stellt einen Fall vor, der ein Operationsverfahren veranschaulicht, mittels dessen die Lösung einer fast völligen Verwachsung zwischen weichem Gaumen und hinterer Pharynxwand erzielt wurde.

Die Verwachsung, die bei einer 23jährigen Frau bestand und die Folge tertiärer Syphilis darstellte, war derartig, dass man nur mit einer dünnen Sonde vom Rachen in den Nasenrachen gelangen konnte. Es war schon zweimal ohne Erfolg operirt worden. T. schlägt folgendes Verfahren ein: Zunächst wurde im Hinblick auf die Möglichkeit einer Blutung eine vorausgängige Laryngotomie gemacht. Dann wurde der weiche Gaumen völlig von der hinteren Rachenwand getrennt und mittels zwei starken Silberdrähten, die an der Wurzel der Schneidezähne befestigt wurden, nach vorn gezogen und so festgehalten. In ungefähr 14 Tagen wurden die Drähte entfernt; in dieser Zeit hatte die Heilung erhebliche Fortschritte gemacht. Täglich wurde dann einige Wochen lang der Finger in den Nasenrachen eingeführt und der weiche Gaumen nach vorn gezogen.

Der Vorsitzende bezeichnet das Resultat als ausgezeichnet.

De Santi hat 2 Fälle gesehen mit totaler Verwachsung des Gaumensegels und der hinteren Rachenwand, bei denen der abgelöste Gaumen an den harten Gaumen angenäht wurde, und zwar mit gutem Erfolg. Zu befürchten ist nach dieser Operation nicht eine Wiederverwaehsung, sondern eine Recontraction.

Cresswell Baber hat in einem solchen Fall, um der Recontraction vorzubeugen einen selbsthaltenden Gaumenretractor angewandt; er kann über das definitive Resultat nichts sagen.

F. J. Steward: Fall von clonischen Contracturen des Gaumens, der Stimmband-Adductoren und einiger anderer Muskeln.

Patientin, eine 52jährige Frau, vorher nie krank, zeigte plötzlich vor 18 Monaten Schwierigkeiten beim Sprechen und war unfähig, ohne Hülfe zu gehen. Man sieht, dass der Gaumen in fortwährender Bewegung ist und bald gehoben, bald gesenkt wird. Dies geschieht ungefähr zweimal in der Secunde. Laryngoskopisch sieht man ebenso, wie die Stimmlippen adducirt und etwas langsamer dann ab-

ducirt werden. Legt man den Finger auf den Kehlkopf, so fühlt man deutlich, dass ähnliche Bewegungen auch von den Muskeln, die den Kehlkopf heben, ausgeführt werden; dasselbe ist in geringerem Grade mit dem Zwerchfell der Fall. Der Zustand hält auch während des Schlafes an. Der Gang ist atactisch; dagegen besteht keine Incoordination in den Bewegungen der oberen Extremitäten. Kein Symptom vermehrten intracraniellen Drucks, wie Erbrechen, Neuritis optica oder dergl.

Sir Felix Semon hält es für am wahrscheinlichsten, dass ein Kleinhirn-Tumor die Erscheinungen veranlasst. Sollten die Angaben des Patienten, dass die Beschwerden ganz plötzlich aufgetreten seien, zutreffen, so könnte man auch an eine Blutung im Kleinhirn denken.

Chersley hat einen Fall von Paralysis agitans gesehen, bei der ebenfalls rhythmische Zuckungen des weichen Gaumens und der Zunge vorhanden waren.

Cresswell Baber: Tumor des Vestibulum nasi.

Der Tumor hatte die Grösse einer kleinen Bohne, hatte etwas lappige Oberfläche und sass mit dünnem Stiel dem äussen Rand des Vestibulum nasi auf. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass er aus jungem Spindelzellengewebe bestand.

Cresswell Baber zeigt eine Modification von Jaenicke's Zungendepressor zur Sichtbarmachung der Tonsille.

Discussion: Grant, Watson Willliams.

Vinrace: Fall von Lupus (?) der Nase und des Gesichts.

Patientin, eine 56jährige Frau, hat vor 10 Jahren eine Diphtherie überstanden, unmittelbar daran schlossen sich Ulcerationen der Nase, der Zunge und des Gesichts; die Knochen wurden davon nicht ergriffen. Es resultirten daraus grosse Deformitäten. Antisyphilitische Behandlung ist ohne Erfolg angewandt worden.

Discussion: Hill, Powell, Dundes Grant, Westmacott.

Mc Bride: Fall von Anosmie.

Der Fall betrifft einen 39jährigen Mann, der angiebt, seit 6 Monaten den Geruch verloren zu haben. Man sieht die mittleren Muscheln geschwollen. Zeitweilig kehrt der Geruch für Stunden und auch für Tage zurück. Nach Entfernung eines Theils der mittleren Muschel kehrte der Geruchssinn für einige Wochen wieder, verlor sich dann aber. Einführung des Killian'schen Speculums in die linke Riechspalte hatte zur Folge, dass Patient für ein oder zwei Tage riechen konnte.

Baber hält den Fall für einen solchen von Neurasthenie und räth, äusserlich an der Nase den constanten Strom, innerlich Baldrian anzuwenden.

De Havilland Hall hat solche Fälle besonders nach Influenza gesehen. Er hat gefunden, dass eine fortgesetzte stimulirende Behandlung — innerlich Arsen-Strychnin-Pillen, ferner Menthol-Spray in der Nase — stets zur Heilung führt.

Dundas Grant findet eine Herabsetzung der Reflexerregbarkeit des Rachens bei den vorgestellten Patienten, was für Neurasthenie spricht.

Donelan hat ebenfalls sehr häufig Anosmie während der Reconvalescenz nach Influenzaattacken gesehen.

Watson Williams führt den Wechsel in dem Geruchsvermögen in vorliegendem Fall auf vasomotorische Phänomene zurück. Er empfiehlt Strychnin-Arsenik.

Lambert Lack: Fall von functioneller Aphonie.

Der Fall ist bereits in der Januarsitzung 1903 vorgestellt worden; nach Anwendung des faradischen Stroms und allgemeiner tonisirender Behandlung ist die Stimme zurückgekehrt, zunächst für ein bis zwei Stunden täglich, dann allmälig für den ganzen Tag. Der Verlauf des Falles beweist, dass es sich hier um etwas anderes handelte, als um eine gewöhnliche spastische Aphonie.

Lambert Lack: Mikroskopischer Befund bei reiner ödematöser Schwellung des Kehlkopfs und Gaumens bei einem Kinde.

Der Patient war in der Februarsitzung 1902 vorgestellt worden; er ist jetzt 14 Monate unter Beobachtung. Der objective Befund ist noch fast der gleiche wie im vorigen Jahr. Enorme ödematöse Schwellung der Epiglottis, der Aryknorpelschleimhaut verhinderten den Blick in das Larynxinnere. Uvula und der anliegende Theil des Gaumens sind gleichfalls verdickt. Vor drei Wochen ist unter allgemeiner Narkose die Epiglottis entfernt worden, desgleichen ein grosses Stück aus der Aryknorpelgegend, so dass man jetzt Einsicht in das Larynxinnere hat, das völlig normal erscheint. Der vorher vorhandene Stridor ist verschwunden. Unter dem Mikroskop sieht man zahlreiche runde Knötchen in der Tiefe der Schleimhaut, die gewisse Aehnlichkeit mit Tuberkeln haben.

Lambert Lack: Mikroskopische Schnitte von Plaques muqueuses der Tonsillen.

Donelan: Fall von Perforatio septi. Trauma oder Syphilis?

Es war ein sehr grosser Defect des Septums vorhanden, der vordere Theil der Nase eingesunken. D. hält den Fall wahrscheinlich für Syphilis.

Sitzung vom 3. April 1903.

Vorsitzender: Dundas Grant.

Kelson: Fall von Schwellung im Kehlkopf.

Bei dem 55jährigen Patienten, der seit 6 Wochen heiser ist, sieht man Schwellung der Epiglottis, der ary-epiglottischen Falten und der rechten Taschenfalte. Lungen normal; im Sputum keine Tuberkelbacillen.

Discussion: Sir Felix Semon, Lack.

J. Davis: Fall von Schwellung der rechten Kehlkopfhälfte.

Bei dem 29jährigen Kranken war der Larynx theilweise verlegt durch eine rothe, derbe, einseitige Schwellung, die nach Cocainapplication nicht zurückging.

Eine Incision hatte starke Blutung und zeitweises Zurückgehen der Schwellung zur Folge. Geringe Verdichtung über einer Lungenspitze.

Butlin hält den Fall für Tuberculose.

Sir Felix Semon hält Tuberculose für sehr unwahrscheinlich; sollten stärkere Störungen eintreten, so ist er für eine probatorische Thyreotomie.

Davis glaubt an ein Sarkom.

Furniss Potter: Fall von Sängerknötchen.

Herbert Tilley: Fall von chronischem Empyem beider Stirn- und Kieferhöhlen; Radicaloperation.

Patientin litt an eitrigem Ausfluss und heftigen Kopfschmerzen. Nasenpolypen waren mehrere Male entfernt worden. Auf Drängen der Patientin, die keine äussere Operation zugeben wollte, wurden die mittleren Muscheln abgetragen und die Ethmoidalgegend curettirt. Unmittelbar auf die Ausräumung der vorderen Siebbeinzellen auf der rechten Seite folgte Blutung in die Augenhöhle mit Protrusio bulbi, woraus sich ein intraorbitaler Abscess entwickelte, der durch äussere Incision entleert wurde. Es wurde dann zur Radicaloperation beider Stirnhöhlen nach einer modificirten Kuhnt'schen Methode geschritten. Es wurde eine freie Communication nach der Nasenhöhle zu offen gelassen, doch liess man diese so schnell wie möglich zugranuliren, so dass im Verlauf von 10 Tagen die Stirnhöhlen von der Nase abgeschlossen und ausgranulirt waren. Dann wurden beide Kieferhöhlen breit von der Fossa canina aus eröffnet, ausgeräumt, tamponirt und später 2 mal täglich mit lauwarmer Boraxlösung ausgespült. Untersuchung ergiebt jetzt, dass beide Kieferhöhlen von Granulationen völlig ausgefüllt sind. Wenn die Radicaloperation sorgfältig ausgeführt ist, kann man Heilung dadurch erzielen, dass die Höhle durch Granulationsmassen ausgefüllt wird.

Fitzgerald Powell bezweifelt, dass selbst bei sorgfältigster Operation jedesmal die Höhle durch die Granulationsbildung zum Verschwinden gebracht werden kann. Er glaubt, dass man in 99 pCt. der Fälle durch Anlegung einer weiten Bohröffnung in der Alveole und Einlegung einer Tube Heilung erzielen kann.

Waggett hat nicht finden können, dass in allen radical operirten Fällen die Höhle nachher sich verkleinert oder gar verschwindet. Er hat Fälle gesehen, in denen nach Wegnahme der ganzen lateralen Kieferhöhlenwand im unteren Nasengang und Vernähung der buccalen Oeffnung noch eine erheblich grosse Höhle blieb und trotzdem Heilung eintrat. Sowohl für Kiefer- wie für Stirnhöhlen ist er zu der Anschauung gelangt, dass die Obliteration der Höhle davon abhängt, wie lange nach der Operation tamponirt wird. Je länger mit einer allmälig geringer werdenden Quantität Gaze die Höhle ausgestopft wird, desto eher kann man auf eine Obliteration der Höhle rechnen.

Lack hält es für absolut ausgeschlossen, dass eine normale Kieferhöhle sich völlig mit Granulationen ausfüllen kann.

Scanes Spicer kann die Nothwendigkeit, die Höhle zur Obliteration zu bringen, nicht einsehen, selbst wenn das möglich sein sollte.

Grant hält die Obliteration der Höhle für ein radicales, jedoch nur in einer kleinen Zahl von Fällen anwendbares Verfahren, das besonders möglich wird, wenn man die mediale Höhlenwand z. B., wie es Siebenmann empfohlen hat, mit dem Finger nach aussen biegt, so dass sie in möglichst nahe Berührung kommt mit den von der Oeffnung in der Fossa canina her in die Kieferhöhle einschiessenden Granulationen.

Tilley antwortet auf eine Anfrage dahin, dass nach der beschriebenen Radicaloperation die Höhle bei der Durchleuchtung stets dunkel ist. Eine Woche nach Radicaloperation und nach gründlicher Ausräumung der Höhle ist der Schatten bei der Durchleuchtung genau so vorhanden wie vor der Operation. F. glaubt, dass der Schatten beim Empyem nur zurückzuführen ist auf die chronische Entzündung der Knochenwand und nichts zu thun hat mit dem Eitergehalt der Höhle.

Im Uebrigen hat er nicht sagen wollen, dass die Höhle durch die Granulationsbildung völlig ausgefüllt wird, aber durch eine gewisse Menge von Granulationen wird sie so verkleinert, dass es in der Praxis einer Obliteration gleichkommt.

Pegler: Fall von chronischen Krämpfen der Gaumen- und Pharynxmuskulatur.

Die 30jährige Patientin hörte ein Geräusch in ihrem rechten Ohr, gelegentlich auch im linken, das man auch objectiv wahrnehmen konnte. Bei der Untersuchung zeigte es sich, dass es mit einer Contraction der hinteren Gaumenbögen zusammenfiel. Die Zahl der Contractionen war 42 in der Minute. Zwei Arten von Bewegungen waren vorhanden: Hebung der Uvula und des Gaumensegels und Aneinandernäherung der hinteren Gaumenbögen. Es handelt sich fast sicher um eine rein functionelle Neurose.

Chronischer Spasmus des weichen Gaumens, objective Störungen verursachend.

Bei dieser Patientin besteht ein objectives Geräusch nur im linken Ohr. Im Rachen sah man symmetrische Contractionen der Levatoren des Gaumensegels, deren Zahl jetzt 240 in der Minute beträgt, während sie, als die Patientin vor 2 Monaten zuerst in Beobachtung kam, nur 10—15 pro Minute betrug.

Donelan: Läsionen im Pharynx und Larynx bei einer 28jährigen Frau.

Patientin hatte vor 7 Jahren schwere Diphtherie durchgemacht; es bestehen Erosionen an Uvula, Velum palatinum und vorderen Gaumenbögen, daneben grosses Ulcus an der Epiglottis. Völlige Aphonie und etwas Dyspnoe.

Lawrence: Ulceration am weichen Gaumen.

Es handelt sich wahrscheinlich um Syphilis.

Westmacott: Präparate von Tuberculose der linken Tonsille.

Nach Abtragung der Tonsille hat sich die Ulceration auf den weichen Gaumen ausgebreitet. Das Hauptsymptom bestand in Schmerzen.

Wingrave und Lack sind nicht davon überzeugt, dass das vorgelegte Präparat für Tuberculose beweisend ist.

Capt. O'Kinealy: Mikroskopische Präparate von einer an der Septumschleimhaut localisirten Psorospermose.

Das Präparat stammt von einem 22jährigen Muhamedaner, der im Hospital in Calcutta wegen einer Geschwulst in der linken Nase in Beobachtung war. Er hatte zuerst drei Jahre vorher an Blutungen aus der Nase gelitten, die aufhörten, nachdem im Hospital die Geschwulst mit einer Zange entfernt war. Aber nach 6 Monaten begann sie wieder zu wachsen; sie wurde ihm wieder — diesmal von einem eingeborenen Bader — entfernt, worauf wieder für einige Zeit Nachlass der Beschwerden vorhanden war. Dann wuchs der Tumor wieder und es trat von Neuem Epistaxis auf.

Man sah bei der Rhinoskopie einen kleinen gefässreichen Tumor von der Grösse einer grossen Erbse, der am vorderen unteren Theil der knorpligen Scheidewand aufsass. Sonst war an den oberen Luftwegen nichts Abnormes vorhanden. Drei Wochen nach der Entfernung des Tumors, die sehr leicht gelungen war, sah man an der Stelle der Abtragung bereits wieder ein kleines vascularisiertes Knöpfchen mit rother Spitze. Dann wurde Patient aus den Augen verloren.

Major J. C. Vaughan, J. M. S., giebt Bericht über den Pathologischen Befund in diesem Fall.

Die Geschwulst bestand aus unregelmässigem Granulationsgewebe, bekleidet von Plattenepithel. Wahrscheinlich war die Submucosa der Sitz einer langsam verlaufenden Entzündung, deren Entstehung zurückzuführen ist auf die Reizung durch zahlreiche bläschenartige Körper, die sowohl im Epithel wie im subepithelialen Gewebe gefunden wurden. Diese bestanden aus einer runden Höhlung, die von einer hellen hyalinen Wand umgeben und von kleinen Zellen oder sporenähnlichen Gebilden erfüllt war. Die Wand war stark lichtbrechend, zeigte keinerlei Zellstructur und färbte sich weder mit Carmin oder Pikrinsäure oder Fuchsin. Ihre Dicke schwankte zwischen 0,1 und 0,2 mm. Die Cysten selbst hatten einen Durchmesser von 1,44 bis 2,24 mm. Die in den Hohlräumen enthaltenen kleinen Gebilde waren rundlich oder eiförmig, von einem Durchmesser von 0,05 mm, ihr Körper war fein granulirt und — wie man bei geeigneter Beleuchtung sah — von einer feinen doppeltcontourirten Membran umgeben; sie färbten sich leicht mit Pikrocarmin.

Es handelt sich in diesem Fall nach Ansicht des Vortragenden um eine wahre locale Psorospermosis. Ein Vorkommen von Coccidien in einem Nasentumor ist bisher nicht berichtet worden. Vortragender glaubt zu wissen, dass der verstorbene Major Evan, Professor der Pathologie in Calcutta, ähnliche Fälle gesehen hat, die aber nicht veröffentlicht worden sind.

Fitzgerald Powell: Fall von ulcerirtem Tumor der linken Tonsille, des Zungenrandes und vorderen Gaumenbogens.

Es bestehen Schmerzen, die besonders nach den Ohren zu ausstrahlen; es ist unter antisyphilitischer Behandlung etwas Besserung eingetreten.

H. G. Spencer hält die Erkrankung für eine bösartige.

Waggett: Grosses Papillom der rechten Taschenlippe; Entfernung durch Thyreotomie.

Der Tumor hatte die Grösse einer kleinen Haselnuss und hatte stellenweise ein schneeweisses Aussehen. Von intralaryngealer Behandlung wurde wegen der Nervosität der Patientin und weil Ausdehnung und Charakter der Geschwulst nicht sicher war, abgesehen und die Laryngofissur gemacht. Der Tumor sass breitbasig dem Taschenband auf und erwies sich als ein Papillom. Neun Monate nach der Operation hat der Larynx normales Aussehen; die Function ist gut.

Sir Felix Semon sagt, dass sich nach seiner Erfahrung papillomatöse Epitheliome von gewöhnlichen Papillomen sowohl durch ihre schneeweisse Farbe, wie dadurch unterscheiden, dass ihre Excrescenzen nicht abgerundet, sondern spitz sind.

Waggett: Chronisches Empyem der Keilbeinhöhle; Eröffnung.

In diesem Fall ist eine Modification des Krause'schen Meissels angewendet worden, die von Dr. Lack angegeben ist.

Dundas Grant: Unbeweglichkeit der linken Stimmlippe bei einer jungen Frau, zurückzuführen auf Bronchocele; Resection, Exstirpation des Isthmus und linken Schilddrüsenlappens.

Die linke Stimmlippe stand völlig unbeweglich, der linke Bulbus war protrudirt. Es bestand eine Vergrösserung der Schilddrüse besonders im linken Lappen. Nach Exstirpation des linken Lappens und des Isthmus erlangte die Stimmlippe ihre Beweglichkeit wieder und die Stimme wurde wieder klar.

De Havilland Hall glaubt, aus einer Verdickung und Schwellung am linken Aryknorpel schliessen zu können, dass hier vielmehr eine Gelenkerkrankung vorliegt.

Dundas Grant: Fall von Parese beider Recurrentes und des linken Sympathicus.

Es bestand völlige Gaumensegellähmung; beide Stimmlippen waren in Mittelstellung zwischen Abduction und Adduction fast unbeweglich. Die linke Pupille reagirte weder auf Lichteinfall noch Accomodation· Kniephänomene gesteigert, Puls abnorm schnell. Es handelte sich wahrscheinlich um eine Erkrankung in der Medulla und in der Cilio-Spinalregion des Rückenmarks vermuthlich syphilitischen Ursprungs. Es ist nach Jodkali geringe Besserung eingetreten.

Derselbe: Fall einer Kehlkopferkrankung von 12monatlicher Dauer, wahrscheinlich Epitheliom.

Es handelt sich um einen Tumor an der linken Stimmlippe eines 50jährigen Mannes, bei dem die Frage der Behandlung zur Erörterung gestellt wird.

Sir Felix Semon schliesst sich der Diagnose Epitheliom an. Er hat gefunden, dass, wenn nur der vordere Theil der Stimmlippe erkrankt ist und entfernt zu werden braucht, es sich nicht empfiehlt, den hinteren Theil in das Kehlkopflumen hineinragend zurückzulassen, sondern ihn mit ein oder zwei Stichen an das Taschenband anzunähen. Dieses Verfahren giebt ausgezeichnete stimmliche Resultate.

Wyatt Wingrave: Schnelle Zerstörung der Nasenscheidewand; wahrscheinlich Lupus.

Die Erkrankung hatte ihren Ursprung wahrscheinlich dadurch, dass mittels der Fingernägel wiederholte Traumen gesetzt wurden; sie begann mit einer Ulceration an der Innenfläche des Nasenflügels. Es besteht auch Ulceration an der Oberlippe.

Dundas Grant sagt, es sei schwierig zu entscheiden, ob primäre Syphilis, Epitheliom oder Tuberculose vorliegt.

Spencer hat solche Zustände öfter bei hereditärer Syphilis gesehen.

Burt: Fall von Morbus Basedowii. E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Personalnachricht.

Dr. Siegmund Moritz ist zum „Lecturer on Laryngology" an dor Victoria University of Manchester ernannt worden.

Die Frage der Weglassung der Tamponade nach Kehlkopfspaltung wegen bösartiger Kehlkopfneubildungen.

München, Februar 1904.

Sehr geehrter Herr Professor!

Ihrer freundlichen Aufforderung folge ich gern. Sie finden die Vornahme der Laryngofissur ohne prophylaktische Einführung der Tamponcanüle bedenklich aus zwei Gründen. Erstens fürchten Sie die Aspiration von Blut. Es wird da gewiss sehr interessant sein, die Erfahrungen jener Zeiten zu betrachten, in denen das absolut sichere Mittel der Trachealtamponade und das Ihnen zweifelhaft erscheinende der Operation am hängenden Kopfe noch nicht eingeführt war. Wie es scheint, ist die erste präliminare Tamponade der Trachea am 2. Mai 1872 von Langenbeck vorgenommen worden. Bis dahin und weiter bis zum Jahre 1878, in dem Bruns seine wegweisende Monographie über die Laryngotomie erscheinen liess, sind im Ganzen sichere 89 Operationen ohne Absperrung der Luftwege gegen die Wunde vorgenommen worden. Unter diesen allen sind nur 3 Todesfälle zu verzeichnen und zwar zwei infolge von Erysipel bezw. Sepsis (Mediastinitis)[1], einer aus unbekannter Ursache.

Ueber leichtere, nicht tödtliche Nacherkrankungen in Folge von Blutaspiration hören wir merkwürdiger Weise so gut wie nichts, trotzdem in 8 Fällen über das Eindringen von Blut in die Trachea während oder bald nach dem Eingriff berichtet wird. Auch ist in 7 Fällen eine stärkere, ja sogar einmal eine „ziemlich abundante" Blutung verzeichnet, ohne dass auch nur in die Trachea Blut herabgeflossen wäre. Nach diesen doch ziemlich umfangreichen Erfahrungen brauchte man also in praxi der Befürchtung vor Aspirationspneumonie keinen zu grossen Platz einzuräumen, obgleich gerade diese auch damals schon gehegten Befürchtungen eben den Anlass zur Erfindung der Trachealtamponade gegeben haben[2]. Aber es sind andere aus jener Statistik sich ergebende Momente, welche ein Mittel gegen Blutaspiration, resp. Hinunterfliessen von Blut in die Trachea und Bronchien anzuwenden rathen, das sind die Schwierigkeiten während der Operation. Nicht weniger

---

1) Bruns deutet die intrathoracalen Veränderungen in diesem Falle als durch Aspiration entstanden.

2) Ob die Statistik in dieser Beziehung gerade untrüglich ist, ob nicht veröffentlichte Fälle von Aspirationspneumonie vorgekommen sind, ist allerdings mindestens zweifelhaft.

als neunmal wird uns über Unterbrechungen, sogar nothwendige Aussetzung der Operation berichtet, theils durch Blutung, theils durch Aspiration von Erbrochenem und das allein wäre ja Grund genug, einen Schutz der Trachea etc. zu verlangen.

Bruns' Monographie ist auf lange Zeit hinaus maassgebend gewesen, und so kam es wohl, dass von da ab die Operation am hängenden Kopfe, gegen welche er das Bedenken stärkerer Blutung durch Stase geltend machte, ganz vernachlässigt wurde, während sich der Gebrauch der Tamponcanüle, mit der B. gute Erfolge gehabt hatte, immer mehr einführte. Dass ich umgekehrt wählte und zwar schon sehr frühzeitig (meine erste Kehlkopfspaltung ohne Tamponcanüle bei hängendem Kopfe nahm ich am 2. März 1894 vor) mag wohl damit zusammenhängen, dass bei der zweiten derartigen Operation, die ich überhaupt machte, einer Thyreotomie wegen Papillomen am 22. October 1890, die minimalen Trachealverhältnisse des $3^1/_2$jährigen Patienten die Einlegung einer Tamponcanüle verboten. Die unangenehmen Erfahrungen, die ich bei einer früheren Operation und auch bei dieser noch mit der Ueberströmung des Gesichtsfeldes durch Rachenschleim gemacht hatte, haben mich von da ab bestimmt, nur mehr bei hängendem Kopfe zu operiren. Bei der nächsten Operation habe ich dann noch tracheotomirt und durch die Canüle chloroformiren lassen, die Canüle auch erst später entfernt, von da ab aber gar keine Canüle mehr angewandt, nachdem mich sowohl die eigene Erfahrung als besonders die sehr beruhigenden Nachrichten anderer Operateure über die Gefahrlosigkeit der Weglassung der Canüle in der Nachbehandlung und ihre Entbehrlichkeit bei der Operation orientirt hatten. So habe ich denn im Ganzen 6 Laryngofissuren und eine Pharyngotomie ohne Absperrung der Trachea, davon 5 bei hängendem Kopfe, zu verzeichnen, bei welchen allen kein Unglücksfall noch auch eine Störung im Heilungsverlaufe durch Aspiration eingetreten wäre. Ich gebe Ihnen gerne zu, dass diese Zahlen noch zu geringfügig sind, um daraus ganz bindende Schlüsse zu ziehen, es sind aber nicht die Zahlen allein, welche überzeugen können (abgesehen davon, dass bei den Chirurgen bereits genug ähnliche Erfahrungen vorliegen und speciell bis zum Jahre 1878 bereits sichere 21 Operationen ohne alle Canüle stattgefunden haben); maassgebend für die Beurtheilung ist der Anblick der Operation selbst. Ich verfahre jetzt so, dass ich bis zur Freilegung des Kehlkopfes in gewöhnlicher Lage chloroformiren lasse. Erst dann wird der Kopf gesenkt, aber nicht frei hängen gelassen, sondern im Schosse des Operateurs gestützt. Da ich die schon von Bruns gefürchtete stärkere Blutung bei meinen Operationen nicht gesehen habe, glaube ich den Grund dafür in diesem Vorgehen suchen zu sollen, welches hindert, dass die grossen Halsvenen durch Zerrung des Halses comprimirt werden und so zur Stauung Anlass geben.

Durch die Anästhesirung des Kehlkopfes wird zugleich, wie Sie selbst ja schon hervorgehoben haben, das Operationsfeld anämischer, und, was die Hauptsache, der Husten mit seinen tiefer aspirirenden Inspirationen tritt nicht auf. Dass solcher auch nicht durch abfliessendes Blut entsteht, ist die Regel; kommt aber wirklich einmal eine Kleinigkeit nach unten, so ist die erhaltene, nicht durch die Narkose ausgeschaltete, Reflexthätigkeit bereit, sofort mit Aushusten zu antworten, ja wir forderten während der Operation mitunter selber dazu auf. Nebenbei, meine letzten Operationen waren, da ich viel kaustisch arbeiten musste, fast blutlos; die Pharyngotomie erforderte viel Blut, hat aber ebensowenig zu Aspiration geführt.

All diese Erfahrungen müssen anderwärts auch schon in genügender Anzahl gemacht worden sein, sonst könnte Hofmeister (Handbuch der praktischen Chirurgie. I. S. 281) nicht die Bemerkung machen:

„Zu wirklich ernster und vielerorts schon jetzt siegreicher Concurrenz mit der Trachealtamponade wurde die Operation „am hängenden Kopfe" aber erst durch die Einführung der Localanästhesie befähigt. Uns hat sich die Methode trefflich bewährt."

Principiell glaube ich also im Einklange mit vielen Chirurgen daran festhalten zu sollen. Dass bei der Fülle der pathologischen Varietäten auch einmal

im Einzelfalle ein anderes Verhalten, speciell auch Canulement in der Nachbehandlung nothwendig sein kann, halte ich für selbstverständlich. (In meinem letzten Falle wurde spätere temporäre Einführung einer Canüle durch Abstossung nekrotischer Massen nothwendig.)

Ihrem zweiten Bedenken, das sich ja im Wesentlichen gegen die Ersetzung allgemeiner durch Localanästhesie richtet, dass es „psychisch wenig wünschenswerth sein dürfte, sich . . . . im Beisein des wachen Patienten . . . . über die weiteren vorzunehmenden Schritte zu besprechen“, habe ich schon immer durch Unterlassung jeden Gespräches und jeder Aeusserung ausser den nothwendigen Commandos Rechnung getragen. Wird zum Schlusse Narkose für das Nähen etc. noch erwünscht, so haben einige Züge aus der vorgehaltenen gewöhnlichen Maske über der durch Haken offen gehaltenen Wunde immer genügt; Röhre oder Schlauch war nicht nothwendig.

Von den Vortheilen der Rachenausschaltung und leichten Entfernung des in den Rachen hinabfliessenden Blutes will ich nicht weiter reden; ich hatte ja im Wesentlichen nur Ihrer freundlichen Anregung zu folgen und hoffe derselben genügt zu haben.

In vollster Hochachtung Ihr

L. Grünwald.

Vorstehender Brief des Collegen Grünwald traf zu spät ein, um noch in die Märznummer des Centralblatts aufgenommen zu werden. Ich bringe ihn nunmehr gern zum Abdruck, bekenne aber, dass seine Ausführungen, so interessant sie sind, mich persönlich — wenigstens vorläufig — nicht veranlassen werden, die prophylaktische Tracheotomie bei der Thyreotomie wegen Kehlkopfkrebses aufzugeben. Ganz abgesehen davon, dass in der Bruns'schen Statistik von Thyreotomien zur Exstirpation von Carcinom unter den „üblen Zufällen während der Operation“ bei 18 Fällen nicht weniger als 4 mal von Störungen der Operation durch Blutung berichtet wird, habe ich selbst zwei Fälle gesehen, in denen ein tödtlicher Ausgang in Gestalt von septischer Pneumonie durch Eindringen von Blut in die tieferen Luftwege herbeigeführt wurde.

Des einen dieser Fälle habe ich bereits gelegentlich Erwähnung gethan (Fränkel's Archiv für Laryngologie und Rhinologie. Vol. VI. 1897. S. 394. Anmerkung 1). In diesem Falle hatte der Operateur, obwohl keine Veranlassung zur Eile vorlag, die Blutung aus der äusseren Wunde nicht gestillt, als er die Trachea öffnete. Noch ehe die Tamponcanüle eingeführt werden konnte, gelangte eine sehr beträchtliche Quantität von Blut in die tieferen Luftwege, und während des weiteren Verlaufs der Operation hustete der Patient wiederholt grössere Blutmengen aus. Am Tage nach der Operation begann eine septische Pneumonie, welcher der Patient drei Tage später erlag. Dieser bedauerliche Ausgang wäre fast sicher vermieden worden, wenn das Eindringen von Blut in die tieferen Luftwege verhindert worden wäre.

Im zweiten, bisher nicht veröffentlichten Falle war ich Zuschauer bei einer von einem vorzüglichen Operateur wegen Carcinoms der Epiglottis und der Zungenbasis ausgeführten lateralen Pharyngotomie. In diesem Falle wurde die prophylaktische Tracheotomie trotz meiner Vorstellungen ganz unterlassen, und ein Assistent speciell mit dem Wegtupfen von Blut beauftragt. Nichtsdestoweniger gelangte eine beträchtliche Quantität von Blut in die tieferen Luftwege; der Patient hustete fast unaufhörlich, was die Operation ebenso störte wie verlängerte, und am Tage nach der Operation begann eine septische Pneumonie, welcher er vier Tage später erlag. Auch in diesem Falle muss der tödtliche Ausgang meiner Ueberzeugung nach mit Sicherheit auf das Eindringen von Blut in die tieferen Luftwege zurückgeführt werden.

Dass ich nach solchen eigenen Erfahrungen nicht begierig bin, mich eines bewährten Schutzmittels zu entäussern, das, wie ich wiederholt und nachdrücklich hervorheben möchte, die Operation freilich etwas verlängert, aber sonst nicht complicirt, und auch die Dauer der Nachbehandlung nicht vergrössert, wird man

begreiflich finden. Ich will damit nicht behaupten, dass der vom Collegen Grünwald gemachte Vorschlag sich nicht doch schliesslich einbürgern möge, und bin gewiss gern bereit, jede weitere Vereinfachung der Methode, solange sie dieselben Garantien bietet, wie die in England bewährt gefundene und von Butlin und mir empfohlene mit Freude zu begrüssen. Der Punkt aber, auf den ich gegenwärtig den grössten Nachdruck legen möchte, ist folgender:

Mir scheint der Augenblick noch nicht gekommen, immerhin nicht unbedenkliche Modificationen unserer Methode einzuführen, ehe sich die Methode selbst allgemeines Bürgerrecht erworben hat! — Die Leser des Centralblattes, welche Abonnenten der „Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx“ sind, werden in letzterem Blatte gefunden haben, dass ich gerade in diesem Augenblicke mich inmitten einer Controverse mit den Herren Le Bec und Réal befinde, welche in der Octobernummer 1903 die erstaunliche Behauptung aufgestellt haben, dass die Thyreotomie „niemals etwas anderes als eine palliative Operation“ sei. Im Laufe der Discussion haben die genannten Herren gegen mich die phänomenal unglücklichen thyreotomischen Ergebnisse eines spanischen Chirurgen ins Feld geführt, der unter acht Thyreotomien im Laufe weniger Monate nicht weniger als sechs Recidive gehabt hat, während das Schicksal der beiden anderen Patienten ihm unbekannt war. Die Herren Le Bec und Réal plädiren für totale Kehlkopfexstirpation in jedem Falle von Kehlkopfkrebs, und citiren beifällig die analogen und noch weitergehenden Forderungen Dr. John Mackenzie's (Baltimore) (vergl. Centralblatt. XVIII. Ss. 384 u. 385). In der neuesten Nummer desselben Blattes bricht Professor Arslan wiederum eine Lanze zu Gunsten der intralaryngealen Operation beim Kehlkopfkrebs. So schwanken die Meinungen noch heute zwischen den Extremen, und es kann sicherlich nicht behauptet werden, dass eine Einigung zwischen den widersprechenden Ansichten bisher erzielt worden sei. Persönlich hege ich nicht den geringsten Zweifel, dass sich die Thyreotomie in den für diese Methode wirklich geeigneten Fällen schliesslich allgemein Bahn brechen wird; ich möchte aber im Interesse der Methode und der Patienten gerne alles vermieden sehen, was ihren langsamen Kampf um ihre Existenz noch weiter verlängern könnte, und da ich voraussehe, dass irgend welche üblen Zufäle, die bei Fortlassung der prophylaktischen Tracheotomie entstehen könnten, nicht der Modification, sondern der thyreotomischen Methode als solcher zur Last gelegt werden dürften, so möchte ich mir wiederholt die dringende Bitte erlauben, zunächst einmal die englische Methode genau wie sie von Butlin und mir vorgeschlagen und von mir im Fraenkel'schen Archiv beschrieben worden ist, zu prüfen. Hat sie sich einmal allgemein bewährt und ist dies in das Bewusstsein der Laryngologen und Chirurgen aller Länder übergegangen, so wird es Zeit genug sein, sie zu vereinfachen.

Auf die Frage der Localanästhesie bei diesen langwierigen Operationen will ich nicht noch einmal eingehen; nur muss ich bekennen, dass meine Bedenken durch die Ausführungen des Herrn Collegen Grünwald nicht gehoben sind. Ich habe erst vor ganz kurzer Zeit einen Kehlkopf eröffnet, in welchem sich die Neubildung ganz unverhältnissmässig weiter vorgeschritten zeigte, als dies von vier competenten Laryngologen vorausgesetzt worden war. Es wurden in Folge dessen viel weiter gehende Maassregeln nothwendig, als dies ursprünglich beabsichtigt worden war. (Vergl. Proceedings of the Laryngological Society of London. Dec. 1903. p. 54.) Der Patient war einer der nervösesten Menschen, mit denen ich je in Berührung gekommen bin, und litt ausserdem an Albuminurie und chronischem Bronchialkatarrh. Mit einigen kurzen Commandoworten wären die erforderlichen Modificationen der ursprünglich beabsichtigten Operation in diesem Falle wirklich kaum abzumachen gewesen, und eine Discussion vor dem wachen Patienten hätte, wie ich fest überzeugt bin, den ungünstigsten psychischen Einfluss auf denselben ausgeübt. So lässt mich auch in dieser Beziehung gegenwärtig nicht Eigensinn oder reactionäre Gesinnung, sondern praktische Erfahrung die mir bewährte Methode als die wünschenswerthere weiter empfehlen.

Ich weiss, dass College Grünwald überzeugt ist, dass meine Einwürfe gegen seine Vorschläge von den besten Motiven eingegeben sind. Felix Semon.

Chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose.

München, 26. Februar 1904.

Sehr geehrter Herr Professor!

Sie würden mich sehr verbinden, wenn Sie mir gestatteten, die Leser des Centralblattes um Einsendung von Mittheilungen über chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose (Kehlkopfspaltung, theilweise oder gänzliche Exstirpation etc.) zu ersuchen.

Die Herren, welche derartige Operationen unternommen haben, würde ich bitten, kurze Berichte zu geben, in welchen folgende Auskünfte enthalten sind: Geschlecht, Alter, womöglich Stand der Patienten. Dauer der Hals- und Lungenbeschwerden. Hals- und Lungenbefund. Vorangegangene Behandlung (bis zur Operation). Mikroskopischer Befund. Art der Operation (möglichst genau). Befund bei der Operation. Unmittelbarer Verlauf nach derselben. Späterer Verlauf und späterer Befund, speciell ob Stenosen aufgetreten sind. Bei Todesfall Sectionsbefund. Endlich: war Syphilis vorhanden und spielte dieselbe irgendwie mit? — Andere Complicationen. Bemerkungen.

Die Verwerthung und Publication der einlaufenden Mittheilungen, welche ich an meine Adresse (München, Prielmaierstr. 8) erbitten würde, soll möglichst bald erfolgen.

In aller Hochachtung Ihr

L. Grünwald.

American Laryngological Association.

Secretary's Office: 118 West 69th Street, New York.

New York, January 15th, 1904.

Dear Doctor:

The Twenty-sixth Annual Congress of the American Laryngological Association will be held under the Presidency of Dr. John H. Hartman, at Atlantic City, N. J., on Thursday, Friday and Saturday, June 2nd, 3rd and 4th, 1904.

The place of meeting will be the Hotel Chelsea.

All Fellows desiring to read papers must forward titles of the same to the Secretary not later than April 15th. They are requested to have copies made in duplicate, so that one may be handed to the Secretary at time of reading. The same request is applicable to drawings of instruments etc.

A second circular giving full details of the Congress will be issued about April 15th.

Very truly yours,

James E. Newcomb, Secretary.

Verein süddeutscher Laryngologen.

Sehr geehrter Herr College!

Am 23. Mai (2. Pfingstfeiertag) findet zu Heidelberg die
elfte Versammlung süddeutscher Laryngologen
statt, zu der Sie hierdurch höflich eingeladen werden. Das definitive Programm wird am 1. Mai versandt.

Es wird gebeten, die Titel der beabsichtigten Vorträge und Demonstrationen an den unterzeichneten Schriftführer bis Ende April einsenden zu wollen.

Mit collegialem Gruss

Dr. Georg Avellis, Schriftführer,
Frankfurt a. M., Bockenheimer Anlage 48.

Manuel Garcia.

London, am 17. März 1904.

Am heutigen Tage tritt der ehrwürdige Vater der Laryngologie in sein hundertstes Lebensjahr.

Die Laryngologen der ganzen Welt begegnen sich in dem herzlichen Wunsche, dass es unserem Altmeister vergönnt sein möge, seinen hundertsten Geburtstag und viele folgende in derselben staunenswerthen geistigen und körperlichen Frische und Rüstigkeit zu feiern, in welcher ihn sein neunundneunzigster Geburtstag findet. Quod bonum, felix, faustumque sit! —

Die Londoner laryngologische Gesellschaft, deren ältestes Ehrenmitglied Manuel Garcia ist, hat ein aus ihrem gegenwärtigen Vorstand und allen ihren früheren Präsidenten bestehendes Comité niedergesetzt, um am 17. März 1905 seinen hundertsten Geburtstag in würdiger Weise zu begehen. Das Comité hat seine erste Sitzung abgehalten und es ist in derselben beschlossen worden:

1. dem Jubilar am Festtage eine Adresse zu überreichen,
2. sich mit anderen laryngologischen Gesellschaften und musikalischen Körperschaften zu dem Zwecke in Verbindung zu setzen, einerseits eine Ehrengabe zu sammeln, deren Ertrag eine bleibende Erinnerung an dieses seltene Jubiläum darstellen soll, und andererseits am Abend des Festtages ein solennes Banket zu veranstalten, an welchem, wie wir hoffen dürfen, der Gefeierte selbst theilnehmen wird.

Eine vorläufige Anfrage bei seiner Gattin hat erwiesen, dass die der Familie erwünschteste Form der beabsichtigten Ehrengabe in einem Portrait des Jubilars bestehen würde, und wir glauben, dass diese Idee auch denjenigen, die zu der Ehrengabe beisteuern wollen, sehr sympathisch sein wird. Ein Portrait, das den Begründer der Laryngoskopie in seinem hundertsten Lebensjahr darstellt, wird nicht nur eine historische Merkwürdigkeit sein, sondern als Stich oder Photogravure reproducirt, eine Zierde des Sitzungsraumes aller laryngologischen Gesellschaften und gewiss auch des Consultationszimmers vieler Kehlkopfärzte aller Nationen bilden.

Das Comité der Londoner laryngologischen Gesellschaft wird sich baldigst mit den anderen laryngologischen Gesellschaften der Welt, von denen gewiss viele den Jubilar in ihrer corporativen Eigenschaft werden ehren wollen, in Verbindung setzen, da es wünschenswerth ist, dass die Sammlungen zu der Ehrengabe so bald als möglich nicht nur in die Hand genommen, sondern auch abgeschlossen werden, um mit dem zu wählenden Künstler, dem die Ausführung des Portraits anvertraut werden soll, in Verbindung treten zu können.

Die gegenwärtige Mittheilung ist nur eine vorläufige. Felix Semon.

Erliegen der Verengerermuskeln vor den Erweiterern in einem Falle von organischer peripherer Recurrensschädigung.

Am Schlusse meiner letzten Arbeit über die Posticuslähmung im Archiv für Laryngologie (1897, Bd. VI, S. 587) habe ich erklärt, dass, während ich nunmehr für immer von der Controverse über diese Frage zurückträte und an Allem, was ich je in diesem Zusammenhange ausgesprochen hätte, unverbrüchlich festhielte, ich nicht zögern würde, unaufgefordert einzugestehen, dass ich mich geirrt hätte, wenn mir jemals ein objectiver Nachweis gebracht werden sollte, dass ich mich in irgend einem mit der Frage in Zusammenhang stehenden Punkte auf falschem Wege befunden hätte.

Nun ist in letzter Woche ein Fall beschrieben worden, der mit einer meiner Grundlehren in unvereinbarem Gegensatz steht, und der mit einer solchen Präcision und Ausführlichkeit berichtet worden ist, dass, wie der distinguirte Autor — Dr. Robert Saundby (Birmingham) — in seinem einleitenden Satze ganz richtig sagt, er allen Anforderungen entspricht, die ich selbst an Fälle gestellt habe, die als Ausnahmen von dem Gesetz des früheren Erliegens der Erweiterer bei organischen Läsionen der motorischen Kehlkopfnerven veröffentlicht würden. Solcher Fälle wurden, wie man sich aus der Geschichte der Frage erinnern wird, kurze

Zeit nach der Constatirung der Thatsache des früheren Erliegens der Erweiterer bei organischen Läsionen der sie versorgenden motorischen Nerven eine gewisse Anzahl publicirt. Es war damals ein leichtes, zu zeigen, dass dieselben sämmtlich entweder ungenügend beobachtet oder falsch gedeutet worden waren. Dann wurde es ganz still von solchen Fällen und im Jahre 1883 fühlte ich mich berechtigt, während ich bis dahin nur von einer „Vorneigung“ der Erweiterer gesprochen hatte, organischen Schädlichkeiten zu erliegen, dies dahin auszudehnen, dass es sich um ein gesetzmässiges Vorkommniss handle.

Während die Thatsache seither klinisch wie anatomisch von den verschiedensten Seiten bestätigt worden ist, ist bisher meines Wissens niemals eine wirklich beweiskräftige Ausnahme berichtet worden. Ich konnte daher mit vollem Rechte in dem Capitel über die Nervenkrankheiten des Kehlkopfes in dem Heymann'schen Handbuch der Laryngologie im Jahre 1897 von neuem sagen (Vol. I, erste Hälfte S. 684), dass „bei allen organischen progressiven Paralysen der Kehlkopfnerven die Glottiserweiterer ausnahmslos zuerst erkranken“.

Diese Angabe kann nach der Saundby'schen Mittheilung nicht mehr in ihrem vollen Umfange aufrecht erhalten werden. Es handelte sich in dem Falle dieses Autors („Remarks on extensive carcinoma of the oesophagus with unusual nervous complications“, Brit. Med. Journal, 22 März 1904) um ein ausgedehntes, der Länge und Situation der Trachea entsprechendes Oesophaguscarcinom, in dessen Verlauf Stimmverlust und allmälig immer mehr zunehmende Parese der Glottisverengerer beobachtet wurden, bis endlich, kurze Zeit vor dem Tode, Mangel jeder Einwärtsbewegung beim Phonationsversuch constatirt wurde und die Glottis weit offen stand. Bei der Autopsie (die, ebenso wie die feinere histologische Untersuchung der Nerven und Muskeln von Dr. John T. Hewetson, Assistent Curator des Pathologischen Museums in Birmingham ausgeführt wurde) zeigten sich beide Vagi und Recurrentes theilweise in den Tumor selbst, theilweise in secundär afficirte Lymphdrüsen und neugebildetes Bindegewebe eingebettet. Die mikroskopische Untersuchung der Nerven ergab hochgradige Degenerationsvorgänge mit Untergang vieler Axencylinder; von den Kehlkopfmuskeln zeigten sich besonders die Thyreo-arytaenoidei, weniger die Arytaenoidei und die Crico-arytaenoidei laterales, noch weniger die Crico-arytaenoidei postici degenerirt, obwohl auch in letzteren bedeutende Entartung constatirt wurde.

(Vorstehende skizzenhafte Schilderung berührt nur die principiell wichtige Seite des Falles; eine ausführlichere Beschreibung wird seinerzeit von dem regulären Berichterstatter, Dr. Donelan, gegeben werden.)

Die vorzügliche, bis ins kleinste Detail gehende Beschreibung, die beigegebenen zahlreichen Illustrationen und Mikrophotographien, der Ruf der beiden Beobachter lassen über die Actualität der Beobachtung keinen Zweifel aufkommen.

Wir stehen hier vor einem Räthsel. Dr. Saundby bezeichnet den Fall, ohne irgend eine Hypothese vorzubringen, einfach als eine „bestimmte Ausnahme des Semon'schen Gesetzes“. Ich selbst bin nicht im Stande, eine Erklärung beizubringen. Es ist gewiss im höchsten Grade merkwürdig, dass, trotzdem die Frage so viele Geister beschäftigt hat, zum ersten Male volle 25 Jahre nach Constatirung des Gesetzes eine beweiskräftige Ausnahme constatirt worden ist. Aber wir müssen mit Thatsachen rechnen, und in diesem Sinne hielt ich es für meine Pflicht, den merkwürdigen Fall ungesäumt zur allgemeinen Kenntniss zu bringen und rückhaltlos zu bekennen, dass, soweit ich zu urtheilen vermag, hier in der That eine ächte Ausnahme von dem Gesetz vorliegt.

Felix Semon.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, Mai. 1904. No. 5.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **W. Nikitin. Bericht der Poliklinik für Nasen-, Kehlkopf- und Rachenkrankheiten im klinischen Institute der Grossfürstin Helene Pawlowna. (Ottschet polikliniki w klinitsch. institute w. k. Eleni Powlowni po bolesnijam gortani, noka w sewa.)** *Prakt. Wratsch. No. 7. 1903.*

Der Bericht ist ziemlich kurz gefasst und enthält nur über die Behandlungsmethode Notizen. Im Berichtjahre wurden im Ganzen 1490 Fälle behandelt.

Hervorzuheben ist, dass Massage bei atrophischer Rhinitis von gutem Erfolge war, weniger Elektrolyse.

Highmorshöhlenempyeme wurden vom Alveolarfortsatz eröffnet und 3 Fälle von der Fossa canina aus.

Beobachtet wurden 2 Rhinoskleromfälle. Kehlkopftuberculose liess sich in 30 pCt. aller Kehlkopffälle constatiren.

Carcinomfälle gab es 5, von denen 2 laryngotomirt wurden.

Blutungen nach Adenoidoperationen zeigten sich nur bei zurückgebliebenen Drüsenresten.

P. HELLAT.

2) **M. A. Goldstein. Rückblick auf Otologie, Rhinologie und Laryngologie. (Retrospect of Otology, Rhinology and Laryngology.)** *The Laryngoscope. Januar 1904.*

Eine Uebersicht über die im „Laryngoscop„ erschienenen und besprochenen Arbeiten.

EMIL MAYER.

3) **Wm. E. Sauer. Rückblick in der Laryngologie. (Review in Laryngology.)** *International Journal of Surgery. Januar 1904.*

Eine Uebersicht über die neueren auf dem Gebiet erschienenen Arbeiten.

EMIL MAYER.

4) **B. A. Waddington. Fortschritte in der Laryngologie. (Progress in Laryngology.)** *Medical Age. November 1903.*

Verf. bespricht die Anwendung von Adrenalin und Cocain, die Behandlung

der Epistaxis durch Tamponade mit in Wasserstoffsuperoxyd getränkten Wattebäuschen, die Behandlung des Heufiebers durch Anwendung von Alkalien oder Acid. nitro-muriaticum und schliesslich die Operation der Septumverbiegungen.

EMIL MAYER.

5) **Chas. H. Knight. Bericht über Laryngology. (Report on Laryngology.)** *N. Y. Medical News. 10. October 1903.*

Verf. giebt eine Uebersicht über die in den letzten 12 Monaten in der Rhino-Laryngologie gemachten Fortschritte. Bei Erwähnung von Semon's Protest gegen die überhand nehmende Operationswuth bezeichnet er sich selbst als Anhänger der conservativen Methoden, warnt aber davor, in der Reaction zu weit zu gehen und bewährte Operationsverfahren aufzugeben.

Was Einzelheiten anbelangt, so bespricht Verf. die Anwendung von Paraffinprothesen bei Nasendeformationen und Rhinitis atrophicans, ferner den Stand der Nebenhöhlentherapie, sodann die locale Anwendung von Arzneimitteln in den oberen Luftwegen, unter ihnen besonders die neueren Ersatzmittel für Silbernitrat, wie Albargin, Argyrol, Ichthargan, Protargol etc.

LEFFERTS.

6) **A. Kasteljanetz. Beziehungen der Ohrenerkrankungen zu denen der Nase und des Nasenrachenraums. (Otnoschenija uschn. sabolewanii k bolesnjam nosa i nosoglot. prostanstwa.)** *Prakt. Wratsch. No. 33. 1903.*

Nach anderen Quellen bereits referirt.

P. HELLAT.

7) **H. E. Smyth. Der Zusammenhang der Ohrkrankheiten mit Nase und Hals. (The dependence of aural affections upon the nose and throat.)** *The Laryngoscope. Januar 1904.*

Verf. stellt folgende Grundsätze auf: Wenn auch bei Nasenerkrankungen Neigung zu Affectionen des Ohres besteht, so ist doch die directe Gefahr geringer als gewöhnlich angenommen wird. Die grösste Gefahr für das Ohr besteht — abgesehen von den specifischen Infectionen — bei Erkrankungen des Nasenrachenraums. Sehr viel der in Begleitung von Nasen- und Halskrankheiten auftretenden Ohraffectionen sind eher auf eine allgemeine Ursache, als auf directes Uebergreifen per continuitatem zurückzuführen. Für erfolgreiche Behandlung von Ohrenerkrankung ist es rathsam, Nase und Hals einer genauen Untersuchung zu unterziehen und etwaige pathologische Zustände zu beseitigen.

EMIL MAYER.

8) **Stephanowski. Zur Casuistik der Erkrankungen der oberen Luftwege auf reflectorischer Basis. (K kasuistike sabolew. powishod. reflektorno is werch. wodsduchonosnich putei.)** *Med. Obos. Bd. 18. No. 17.*

St. führt 3 Fälle an, die die Bedeutung der reflectorischen Erscheinungen in den oberen Luftwegen erhärten sollen.

P. HELLAT.

9) **Swershewski. Erkrankungen der oberen Luftwege auf Grundlage der Malaria. (Sabolewrania werch. dichat. putei malarinawo proishoshdenia.)** *Med. Obos. Bd. 18. No. 17.*

S. beobachtete unter 148 Malariafällen nur vier Erkrankungen der oberen

Luftwege. Die Symptome bestanden in Husten, Röthung und Schwellung des Kehlkopfes und der Mandeln. P. HELLAT.

10) Nobl. **Lupus erythematosus der Nase und der Wangen.** (K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, Sitzung vom 6. November 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 46. 1903.*

Vorstellung eines Falles, in welchem die Röntgenbehandlung den Process in ungünstiger Weise beeinflusst hat.

Der Lupus erythematosus soll aus dem Heilplane des Röntgenverfahrens ein für allemal ausgeschaltet werden. CHIARI.

11) C. S. Bowker (Newport). **Die erfolgreiche Behandlung einiger Lupusfälle. (The successful treatment of a few cases of lupus.)** *Lancet. London 14. November 1903.*

Von den 7 Fällen von Lupus nahmen vier ihren Anfang in der Nase. Die Behandlung bestand in Curettement mit nachfolgenden Injectionen von Koch-schem Tuberkulin, abwechselnd mit Injectionen von Sol. arsenicalis Fowleri. Die Resultate waren in fast allen Fällen sehr befriedigende. JAMES DONELAN.

12) George W. Crile. **Tubage des Rachens, um die Anwendung von Anaestheticis zu erleichtern und der Inhalation von Blut bei gewissen Operationen im Hals und Gesicht vorzubeugen. (Tubage of the pharynx for facilitating the administration of anaesthetics and preventing inhalation of blood in certain operations in the mouth and face.)** *Annals of Surgery. Juni 1903.*

Patient wird narkotisirt, der Pharynx ausserdem cocainisirt, zwei Drainröhren, die so breit als möglich genommen werden müssen, werden durch die Nasenlöcher eingeführt und bis zur Höhe der Epiglottis vorgeschoben. Der Mund wird dann weit geöffnet und die Zunge vorgezogen, der Rachen mit Gaze austamponirt. Auf diese Weise wird bei Operationen im Munde, z. B. bei Gaumennähten verhindert, dass Blut in die tieferen Luftwege gelangt. EMIL MAYER.

13) Nathan G. Ward. **Die Vorbereitung des Patienten für Operationen in Nase und Hals unter localer Anaesthesie. (The preparation of the patient for nose and throat operations under local anaesthesia.)** *N. Y. Medical Journal. 12 September 1903.*

Die den Operationen vorausgehende Behandlung soll darin bestehen, dass Nase und Nasenrachen von Schleim und Sekret gereinigt werden, ferner sollen Laxativa, Diaphoretica und Diuretica, sowie Tonica gegeben werden und Atropin, um einer reflectorischen Hemmung vorzubeugen. Verf. verwendet 4proc. Cocainlösung, Eucain hat keine genügende Anästhesie auf intacter Schleimhaut gegeben; doch ist es anwendbar, wenn nach Beginn der Operation sich die Nothwendigkeit herausstellt, noch einmal ein Anaestheticum zu appliciren. LEFFERTS.

14) Mongardi. **Drei neue Anaesthetica für allgemeine Narkose bei kurzdauernden Operationen. (Tre nuovi anestètici per la narcosi generale in operazioni di breve durata.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. Fasc. III u. IV. 1903.*

Verf. berichtet über seine Erfahrungen mit dem Aether chloratus Henning,

Somnoform und einem von Dr. Zambelletti (Mailand) unter dem Namen „Liquor somniferus“ in den Handel gebrachten Methylenaethyl-Aether. Sie gleichen sich darin, dass ihrer Anwendung keinerlei Contraindicationen im Wege stehen; sie bewirken eine völlige Analgesie, ohne das Bewusstsein völlig aufzuheben. Beim Somnoform beobachtet man ein kurzes motorisches Excitationsstadium, die Narkose tritt schnell ein, ist tief und kann eine Zeit lang fortgesetzt werden. Der Liquor somniferus übertrifft die beiden andern Narcotica dadurch, dass seine Dämpfe sich angenehm einathmen lassen, ferner durch die Promptheit der Wirkung, das Fehlen von Contractionen und postoperativen Beschwerden. Das Erwachen geschieht schnell und gleicht dem Erwachen aus einem physiologischen Schlaf. Verf. hat mit diesem Narcoticum eine grössere Anzahl protahirter Narkosen von 30—40 Minuten gemacht. FINDER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

15) **J. W. Dean. Behandlung von nasalen Reflexen mit Bericht von Fällen. (Treatment for nasal reflexes with report of a case.)** *Western Medical Review. 15. April 1903.*

D. empfiehlt Galvanokaustik oder theilweise Abtragung der mittleren Muschel.

EMIL MAYER.

16) **Lautmann. Die rhinologische Behandlung der Dysmenorrhee. (Le traitement rhinologique de la dysménorrhée.)** *Annals d. malad. de l'oreille. No. IX. 1903.*

Verf. bringt persönliche Erfahrungen, die als Stütze der Fliess'schen Arbeiten dienen sollen. E. J. MOURE.

17) **Notiz des Herausgebers. Epinephrin (Suprarenalin-)Pulver bei Asthma-Anfällen. (Epinephrin [Suprarenalin] powder in the asthmatic paroxysm.)** *American Medical. 23. Mai 1903.*

In letzter Zeit ist Abel's Epinephrin unter der Bezeichnung „Suprarenalin“ in den Handel gekommen, und zwar sowohl in Form von Pulver, wie in wässriger Lösung. Verf. hat das Epinephrin bei Asthmaanfällen so angewandt, dass es zunächst, um den Anfall unmittelbar abzuschwächen, local in der Nase angewandt wurde, dann zunächst stündlich, später zwei- bis dreistündlich in kleinen Dosen innerlich gegeben wurde. Als die beste Form erwiesen sich Tabletten, die 0,03 resp. 0,06 g Epinephrin enthielten. EMIL MAYER.

18) **A. S. Mellor** (London). **Eine einfache Ursache von Niesskrämpfen. (A simple cause of paroxysmal sneezing.)** *Brit. med. Journal. 21. März 1903.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem einige besonders lange Härchen im Naseneingang Hyperämie des deviirten Septums hervorriefen. Entfernung der Haare hatte Aufhören der Niessanfälle zur Folge. JAMES DONELAN.

19) **Mills. Die Behandlung des Heufiebers vermittelst eines speciellen Serums; kritische Studie. (Le traitement de la fièvre du foin par un sérum spécial.)** *La Clinique. No. 32. 1903.*

Der Autor glaubt, dass die Entdeckung eines sicher wirkenden Serums den grössten Schwierigkeiten begegne, wenn man bedenkt, dass es sich um eine Krankheit handelt, bei welcher das Element „Infection" nur eine kleine Rolle spielt im Vergleich zum Element „Prädisposition", wobei, „wie die Alten sich ausdrückten", die Idiosynkrasie alles ausmacht. Wie dem auch sein möge, das Dunbar'sche Serum bedeute immerhin einen weiteren Fortschritt zu Gunsten der Serotherapie und bilde eine therapeutische Hülfsquelle, der man ihren Werth nicht absprechen könne, obgleich seine Wirkung auf das Symptomenbild „Asthma" gleich Null sei.

BAYER.

20) **Sir Felix Semon. Demonstration einiger Versuche über Natur und specifische Behandlung des Heufiebers. (A demonstration of some experiments on the nature and specific treatment of hay fever.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1903.*

Abdruck aus dem Brit. Med. Journal vom 28. März 1903. EMIL MAYER.

21) **E. B. Glesson. Heufieber. (Hay fever.)** *International Medical Magazine. Juli 1903.*

Verf. hält Acid. nitro-muriaticum fast für ein Specificum gegen Heufieber. Der Dunbar'schen Arbeit wird keinerlei Erwähnung gethan. EMIL MAYER.

22) **Paul S. Mertins. Heufieber. (Hay fever.)** *Mobile Medical and Surgical Journal. Juli 1903.*

Bericht über 6 mit Adrenalin behandelte Fälle; in drei wurden die Anfälle coupirt, in den drei anderen wurden die Symptome fast völlig zum Verschwinden gebracht. Es waren keine unangenehmen Begleiterscheinungen zu verzeichnen. Verf. betrachtet Adrenalin fast als ein Specificum gegen Heufieber.

EMIL MAYER.

23) **Sir Felix Semon. Eindrücke über die Wirksamkeit von Prof. Dunbar's Antitoxin bei Heufieber. (Impressions of the efficiency of Professor Dunbar's antitoxin in hay fever.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1903.*

Abdruck aus dem British Med. Journal vom 18. Juli 1903. EMIL MAYER.

24) **W. W. Woodring. Heufieber, Pollenasthma oder Sommerkatarrh. (Hay fever, pollen asthma or summer catarrh.)** *Denver Medical Times. October 1903.*

Verf. führt 90 pCt. der Fälle direct auf Pflanzenpollen zurück, in den übrigen 10 pCt. wurden die Anfälle angeblich durch Staub, der von Thieren herrührte, veranlasst, doch rühren sie wahrscheinlich auch hier von Pollen her, die im Fell der Thiere steckten. Alle Pflanzen, die reich an scharfen Pollen sind, können Frühlings- und Sommerkatarrh hervorrufen. Besonders wirksam ist nach des Verf.'s Erfahrungen der Pollen von Mais; in Utah konnte er Anfälle zurückführen

auf die Anwesenheit von Canadischem Balsam und Baumwolle. Die Pollen finden sich im Beginn des Anfalls im Nasensekret.

EMIL MAYER.

25) **Raymond Wallace. Heufieber. (Hay fever.)** *American Medicine. 24. October 1903.*

Ausser einer besonderen nervösen Prädisposition findet sich in jedem Fall irgend welcher pathologischer Zustand an den Schleimhäuten der oberen Luftwege, besonders in der Nase Hypertrophie, Geschwülste, Septumleisten etc. Adrenalin hat in den Händen des Verf.'s sich am wirksamsten gezeigt.

EMIL MAYER.

26) **S. Citelli** (Turin). **Zur pathologischen Anatomie der hypertrophischen unteren Nasenmuschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 13. S. 89. 1902.*

Verf. folgert aus seinen Untersuchungen: 1. Die Hyperplasie und Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln ist eine Folge der chronischen Entzündung, welche von der Oberfläche gegen die Tiefe vorschreitet. 2. Alle Gewebe der Nasenmuschel, das Knochengewebe nicht ausgeschlossen, sind bei den genannten Alterationen mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen. 3. Die bindegewebige Hyperplasie geht in specieller Weise, und zwar wenn sie einen gewissen Grad erreicht, in degenerative Processe über. 4. Die Degeneration ist in derartigen Fällen keine schleimige oder colloide, sondern besteht in der Bildung von Cysten und zum Theile ist sie hyaliner Natur (hyaline Körper). 5. Die verschiedenen Formen der Hyperplasie und Hypertrophie der unteren Nasenmuscheln können in 4 Typen eingetheilt werden: I. gemischter oder fibrös-angioadenomatöser, II. angiomatöser, III. fibromatöser, IV. cystenartiger oder degenerativer Typus. 6. Von diesen 4 mikroskopischen Formen entsprechen makroskopisch die beiden ersten der diffusen, die dritte der papillären und die vierte der polypoiden oder degenerativen Hypertrophie.

F. KLEMPERER.

27) **Wróblewski. Zur operativen Behandlung der hypertrophischen Nasenmuschel. (Z posiedzen laryngologiczno-otyatrycznych.)** *Medyc. 45. 1903.*

Verf. demonstrirte in der Warschauer laryngologischen Gesellschaft ein $6^1/_2$ cm langes Stück mittelst Scheere exstirpirter unterer Muschel, wie auch eine aus der mittleren Muschel entfernte Knochenblase. Die Blase war mit schleimiger Masse gefüllt. In ihrer inneren Wand, welche ans Septum angrenzte, befand sich eine Oeffnung mit Knochensequestern obturirt.

A. SOKOLOWSKI.

28) **L. Harmer** (Wien). **Zur Pathologie der sogenannten Knochenblasen der mittleren Muschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. Bd. 162. 1902.*

Verf. hat auf der Klinik von O. Chiari 17 Fälle von Knochenblasen einer genauen histologischen Untersuchung unterzogen, deren Ergebniss er in folgenden Sätzen zusammenfasst:

Die Knochenblasen der mittleren Muschel kommen nicht sehr häufig zur klinischen Beobachtung. Sie sind als eine Bildungsabnormität der mittleren Muschel aufzufassen und vermuthlich congenital angelegt. Irgend welche entzündliche Reize kommen für die Entstehung der Hohlräume nicht in Betracht.

Man soll von Knochenblasen nur dann sprechen, wenn die Muschel eine deutliche blasige Auftreibung zeigt, nicht aber in allen Fällen, wo eine Zelle in der mittleren Muschel sich findet.

Die Schleimhautauskleidung der Blasen besitzt ein Flimmerepithel, ist sehr dünn und zart, enthält eine spärliche Menge Schleimdrüsen und ist mit der knöchernen Unterlage meist nur lose verbunden. Sie zeigt also ganz den Charakter der Auskleidung der Nebenhöhlen, infolge ihrer überaus zarten Beschaffenheit noch am meisten Aehnlichkeit mit der Schleimhaut der Siebbeinzellen.

Ein Wachsthum der Knochenblasen findet in der Regel, wenn überhaupt, nur in so minimalem Grade statt, dass weder klinisch noch histologisch deutliche Zeichen hierfür nachzuweisen sind. Entzündungen und Polypenbildungen kommen an der mittleren Muschel nicht selten vor, haben aber gewöhnlich keinen nachweisbaren Einfluss auf das Wachsthum von Knochenblasen. Die innere Schleimhaut ist dagegen meist frei von entzündlichen Erscheinungen; sie ist nur zuweilen etwas stärker serös durchfeuchtet.

Von den gewöhnlichen Knochenblasen unterscheiden sich jene seltenen Fälle, bei denen es zur Infection der Höhle, zur eitrigen Secretion und secundärem Verschluss des Ausführungsganges kommt; wenn dies geschieht, dann kann die Knochenblase in ein rasches Wachsthum gerathen und eine bedeutende Grösse erreichen. Das Wachsthum ist in solchem Falle bedingt durch den Druck des Eiters, der sich beständig absondert und keinen Abfluss hat, sowie durch die von der Innenseite ausgehende Entzündung der Wand, welche namentlich histologisch deutlich nachzuweisen ist. — Die Tumoren sind also, im Gegensatze zu den gewöhnlichen Knochenblasen, als pathologische Gebilde aufzufassen und sollen daher von letzteren auch durch die Bezeichnung getrennt werden. — Zu den gewöhnlichen Knochenblasen zählen auch die sogenannten Mucocelen der mittleren Muschel, welche zumeist klein oder mittelgross sind und kein erhebliches Wachsthum zeigen. Nur ausnahmsweise kann durch Entzündung nnd Secretstauung ein schnelleres Wachsthum eintreten, und in diesem Falle haben sie dieselbe pathologische Bedeutung wie die Empyemblasen.

F. KLEMPERER.

29) **Ricci** (Savona). **Der acute Abscess der Nasenscheidewand dentalen Ursprungs. (Ascesso acuto del setto nasale di natura dentale.)** *Bollett. delle malattie dell'orecchio, della gola e del naso. März 1903.*

Pat. hatte an seinem cariösen mittleren oberen Schneidezahn Schmerzen; es entstand eine Schwellung des Zahnfleisches und ein Abscess am Septum. Der Abscess öffnete sich spontan am Zahnfleisch entsprechend der Wurzel des cariösen Zahnes und in der rechten Nasenhöhle. Die Oeffnung wurde erweitert und aus der Abscesshöhle ein kleiner Splitter entfernt, der von der Alveole stammte. Eine in die Alveole eingeführte Sonde gelangte in die Nasenhöhle unter die Septumschleimhaut. Verf. machte nach Hochhebung der Oberlippe eine Incision durch das Frenulum, bis er auf das Septum kam, wusch dann die Abscesshöhle mit Sublimatlösung aus und liess diese Waschungen in den nächsten Tagen wiederholen. Heilung in 14 Tagen.

FINDER.

30) C. S. Coakley. **Die Behandlung der Abscesse des Septums mit besonderer Rücksicht auf die Prophylaxe von nachfolgenden Deformationen. (The treatment of abscess of the septum; with special reference to the prevention of subsequent deformities.)** *Laryngoscope. März 1903.*

Nach Incision des Abscesses werden beide Nasenhöhlen tamponirt, die Tampons müssen alle 24 Stunden gewechselt werden. EMIL MAYER.

31) E. Fuchsig. **Zur Aetiologie und Pathologie der Abscesse der Nasenscheidewand.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 13. 1903.*

Der Septumabscess ist nicht als Krankheit sui generis anzusehen und wird durch die verschiedenartigsten Erreger hervorgebracht. Am entsprechendsten wäre noch die Allgemeinbezeichnung: Abscessus septi cartilag. nasi mit folgenden Unterabtheilungen:

1. traumatische mit oder ohne Haematombildung und a) rhinogener oder b) hämatogener Infection,

2. nicht traumatisch: a) rhinogen resp. per continuitatem nach Rhinitis, Erysipel, dentalen Ursprungs, b) metastatisch, nach Infectionskrankheiten etc.

CHIARI-HANSZEL.

32) Rudloff. **Bemerkungen zur Arbeit: Ueber die Septumperforation der Chromarbeiter von Dr. med. Fr. Bamberger in Bad Kissingen.**

Warum die Aetzwirkung des Chromatstaubes sich hauptsächlich nur am Septum ansetzt, darüber hat Bamberger in seiner in der Münch. med. Woch. No. 51, 1902 erschienenen Arbeit keinen Aufschluss gegeben. Rudloff, der in einer chemischen Fabrik in Bibrich an 100 Chromatarbeitern seine Beobachtungen machte, kommt zu dem Schlusse, dass die Entstehung des Geschwüres an der Nasenscheidewand durch die anatomischen Verhältnisse bedingt sei. Nicht der Mangel an Drüsen an der befallenen Stelle ist die Ursache wie Burghart meint, denn an den betreffenden Stellen ist gar kein Mangel an Drüsen, sondern die Beschaffenheit der Epitheldecke; da, wo verhorntes Epithel ist, ist die Schleimhaut geschützt, wo Flimmerepithel ist, wird sie zerstört, wobei ausser der Richtung des Luftstroms auch Bacterien eine Rolle spielen. SCHECH.

33) A. Baurowicz (Krakau). **Subcutane Vaselininjection zur Verbesserung der Nasenform.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. S. 289. 1902.*

Es handelte sich um eine Sattelnase in Folge luetischer Zerstörung des ganzen knöchernen Theils der äusseren Nase. Injicirt wurde in zwei Sitzungen mit 3tägiger Pause ca. 1 g Vaselin. Der Erfolg war ein leidlicher, die Patientin jedenfals zufriedenstellender. F. KLEMPERER.

34) Eckstein (Berlin). **Therapeutische Erfolge durch Hartparaffininjectionen aus dem Gesammtgebiet der Chirurgie.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 12/13. 1903.*

Unter den geschilderten und abgebildeten Fällen befinden sich mehrere von rhinologischem Interesse (Correctur von Nasendifformitäten, von Einziehungen nach Stirnhöhlenoperation). — Gefahren sollen bei richtiger Technik nicht vorhanden sein. ZARNIKO.

35) **W. A. Porteous. Paraffininjection in einem Fall von deformirter Nase. (Paraffin injection in a case of deformed nose.)** *Northwestern Lancet. Januar 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

36) **Szleifstein. Paraffin als kosmetisch-therapeutisches Mittel. (Parafina jako srodek leczniczokosmetyczny.)** *Gaz. Lek. No. 3, 4. 1903.*

Paraffin wurde vom Verf. in 2 Fällen nach Eckstein'scher Vorschrift als Nasenprothese angewendet. In beiden Fällen handelt es sich um Sattelnasen in Folge fötider Ozaena. Der Erfolg war günstig; das Nasenprofil verbesserte sich wesentlich. In einem Falle verschwand sogar der Gestank gänzlich; im zweiten verminderte er sich bedeutend.

A. SOKOLOWSKI.

37) **Cazeneuve. Paraffininjectionen zur Prothese in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Des injections prothétiques de paraffine en Oto-Rhino-Laryngologie.)** *Annales des Maladies de l'oreille etc. p. 516. 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

38) **Francis Alter. Paraffininjection in einem Fall von sogenannter Sattelnase. (Paraffin injection in a case of so-called saddle-nose.)** *N. Y. Medical Record. 7. Februar 1903.*

Bericht über einen Fall nebst Abbildung, die den Patienten vor und nach der Operation zeigt.

LEFFERTS.

39) **Francis Alter. Ueber den subcutanen Gebrauch mit Paraffin nebst Mittheilung von Fällen. (On the subdermial use of Paraffin with report of cases.)** *American Medical Compend. April 1903.*

Verf. berichtet über einen Fall von mit Erfolg behandelter Sattelnase. In einem anderen resultirte aus der Paraffininjection eine Lähmung der Nasenflügelmuskeln, was zu solchen Beschwerden führte, dass die hintere innere seitliche Portion der Nasenflügel excidirt werden musste.

EMIL MAYER

40) **Lejars** (Paris). **Injectionen zur Paraffinprothese. (Injections prothétiques de paraffine.)** *Société de chirugie. 22. April 1903.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Paraffinmethode bisweilen im Stich lässt. Er führt einen Fall an, in dem nach der Injection eine Anschwellung der Nase und der Augenlider entstand; es wurde eine Incision nöthig, durch welche ganze Blöcke Paraffin herausbefördert wurden.

PAUL RAUGÉ.

41) **Stephen Paget. Die Anwendung von Paraffin in der plastischen Chirurgie. (The uses of Paraffin in plastic surgery.)** *Lancet. 18. Mai 1903.*

P. räth, von der Nasenspitze aus nach oben zu zu injiciren, während ein Assistent mit dem Finger einen Druck ausübt. Die Theile werden dann 10 bis 15 Minuten lang geformt.

ADOLPH BRONNER.

42) **Danlos** und **Lagarde. Wiederherstellung der Nase durch Paraffininjectionen. (Restauration du nez par injections du paraffine.)** *Société médicale des hôpitaux. 1. Mai 1903.*

Der kosmetische Effect war in diesem eine hereditäre Syphilis betreffenden Fall ein ausgezeichneter.

PAUL RAUGÉ.

43) **J. S. Kirkland** (Sidney). **Anwendung des Paraffins zur Füllung von Knochenhöhlen. (The use of paraffin to fill up cavaties in bone.)** *Australasian Medical Gazette. 20. Mai 1903.*

Verf. bedient sich der Paraffinmethode zur Färbung von Mastoid- und Stirnhöhlen. Die Höhlen werden zuvor mit absolutem Alkohol gereinigt; das zur Füllung benutzte Paraffin ist dasselbe, wie das zur Injection gebrauchte.

A. J. BRADY.

44) **R. W. Weir. Nasendeformität durch Paraffininjectionen corrigirt. (Nasal deformity corrected by Paraffin injections.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1903.*

Bericht über einen Fall, der nichts Neues bietet.

LEFFERTS.

45) **Urbano Melzi. Neues Modell einer Spritze für Paraffininjectionen. (Nuovo modello di siringa per iniezioni di paraffina.)** *Bollett. d. Malatt. dell'orecchio della gola e del naso. Juni 1903.*

Die Spritze enthält 5 ccm, ist sehr kurz und hat daher einen weiten Durchmesser. Die Vortheile bestehen darin, dass, da man sie nur mit einer Hand handhaben muss, der Operateur den Daumen nicht so sehr zu spreizen braucht, um auf die Spritzenstempel zu drücken: ferner, dass die Berührungsoberfläche zwischen Paraffin und Spritzenwand eine verhältnissmässig kleine ist, so dass jenes längere Zeit seine Wärme und Flüssigkeit bewahrt. Ferner besitzt die Spritze eine vorher zu erwärmende Metallhülse, durch die vermieden werden soll, dass das Paraffin in der Canüle gerinnt; auch ist letztere stumpf gegen die Spritze abgebogen.

FINDER.

46) **Edgar A. Forsyth. Subcutane Paraffininjectionen zur Correction von Nasendeformitäten. (Subcutaneous injection of Paraffin in the correction of nasal deformity.)** *Buffalo Medical Journal. Juni 1903.*

Mittheilung eines Falles.

EMIL MAYER.

47) **Broeckaert. Die Injectionen von Paraffin für die Behandlung der Ozaena. (Les injections de paraffin appliquées au traitement de l'ozène.)** *La Belgique Méd. No. 42 u. 43. 1903.*

Cfr. Autoreferat im Jahresbericht der Belg. Otolaryngol. Gesellschaft Brüssel, Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER.

48) **Joseph R. Eastman. Gersuny's Operation für Sattelnasen. (Gersuny's operation for saddle-back nose.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. Juni 1903.*

Seitdem in dem vom Verf. mitgetheilten Fall die Operation gemacht ist, hat

der Patient 3 oder 4 Anfälle ausgesprochener Synkope zu erleiden gehabt. Verf. führt dies auf eine leichte Embolie zurück. EMIL MAYER.

49) **R. Arthur** (Sidney). **Injectionen von Paraffin-Wachs bei Gesichtsdeformitäten. (Injection of paraffin Wax in facial deformities.)** *Australasian Medical Gazette. Juni 1903.*

Verf. empfiehlt, eine Mischung von vier Theilen hartem Paraffin mit einem Theil Vaselin zur Injection zu verwenden. A. BRADY.

50) **Albert C. Heath. Subcutane Paraffininjection. (Subcutaneous Paraffin injection.)** *St. Paul Medical Journal. Juli 1903.*

In einem Fall gerieth ein Stück Paraffin in das rechte obere Augenlid und verursachte eine erhebliche Schwellung und Ptosis. In einem anderen Fall bildete sich 4 Monate nach der Injection eine kleine Oeffnung in der Haut, aus der Paraffin austrat. Dieselbe schloss sich in der Folge wieder; die Deformität blieb corrigirt.

EMIL MAYER.

51) **Courtin. Nasenprothese. (Prothèse nasale.)** *Société de médecine et de Chirurgie de Bordeaux. 4. Juli 1902.*

C. stellt eine Kranke vor, der er die Nase mittelst eines Apparats von Claude Martin wieder aufgerichtet hat; der Apparat ersetzt die verloren gegangenen Knochen und die Scheidewand.

In der Discussion bemerkt Hassler, dass der Gebrauch der metallischen Prothesen für die Dauer unangenehme Folgen hat. E. J. MOURE.

52) **Dzierzawski. Eine aus Kautschuk ausgeführte künstliche Nase.** *Pamietnik Towarzystwa Lekarskiego. No. 1045. 1903.*

Verf. demonstrirte einen Kranken, bei welchem nach Verlust eines grösseren Theils der Nase infolge von Lues dieselbe aus Kautschuk dargestellt wurde, sich gut adaptirte und mit entsprechender Farbe bemalt einen ziemlich natürlichen Eindruck machte. A. SOKOLOWSKI.

c. Mundrachenhöhle.

53) **Peyton Mosher Harris. Die Tonsille bei der Geburt. (The tonsil at birth.)** *The Laryngoscope. November 1903.*

Um Grösse und Form der Plica triangularis und die Ausdehnung der Fossa supratonsillaris bei der Geburt zu bestimmen, hat Verf. 13 Embryonen im Alter zwischen 4 und 5 Monaten, 6 von 5 Monaten, 6 von 6 Monaten, 2 von 7 Monaten und 43 ausgetragene Früchte untersucht. Die grösseren Köpfe wurden gefroren in der Mitte durchgesägt und dann wieder aufgetaut. Die Fossae wurden mittels einer feinen Sonde bestimmt, gezeichnet und dann mit einander verglichen. Die Resultate müssen im Original nachgelesen werden. EMIL MAYER.

54) **J. L. Goodale. Die locale Pathologie der acuten Allgemeininfectionen, die vom lymphatischen Gewebe des Rachens ihren Ursprung nehmen. (The local pathology of acute general infections arising through the lymphoid tissue of the fauces.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 25. September 1903.*

Vortrag, gehalten vor der American Laryngolocical Association 27. Mai 1902. Ref. Centralblatt Bd. XIX. S. 261.

EMIL MAYER.

55) **Chauveau. Der Waldeyer'sche Schlundring. Eingangspforte für verschiedene Infectionen. (L'anneau de Waldeyer. Porte d'entrée des différentes infections.)** *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie. No. 36. 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt.

E. J. MOURE.

56) **Nemery. Die anormalen Adhärenzen der Gaumenmandeln. (Les adhérences anormales des Amygdales.)** *Archives Méd. Belges. August 1903.*

Die Mandel kann entweder mit dem vorderen oder hinteren Gaumenbogen verwachsen oder mit ihrem ganzen Umfang festgekittet sein, wie in einer Nische eingekeilt; schwillt sie dann an, so verdrängt sie die Gaumenbögen nach vorn und hinten, da sie sich nicht nach der Mitte hin ausdehnen kann; sogenannte „eingefassté Mandel". Als Ursachen der Adhärenzen sind entzündliche Processe, einfache oder phlegmonöse Angina zu betrachten oder es handelt sich um Verwachsungen congenitalen Ursprungs.

Die Störungen, welche dieselben hervorbringen, sind: 1. pharyngeale (Kitzeln, Gefühl von Fremdkörpern, Deglutitionsstörungen, manchmal Spasmen); 2. Störungen im Ohr (Kitzel, Knistern); 3. phonatorische Störungen, (hauptsächlich, was den Klang der Stimme betrifft, Rauhigkeit und leichtes Ermüden der Stimme); 4. Husten, welcher anfallsweise auftritt, trocken und keuchhustenähnlich ist und besonders bei Nacht sich einstellt und in der Zwischenzeit verschwindet; er löst sich nicht bei Druck auf den Kehlkopf aus und kann leicht durch Berührung mit der Sonde oder schon bei einfachem Einführen des Zungenspaltels hervorgerufen werden. Die Behandlung ist eine rein chirurgische.

BAYER.

57) **John Stewart. Rheumatische Tonsillitis bei Kindern. (Rheumatic tonsillitis in children.)** *Mercks Archives. October 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

58) **James Moreau Brown. Lacunäre Tonsillitis. (Lacunar tonsillitis.)** *Illinois Medical Journal. October 1903.*

Verf. sieht keinen Grund, bei Personen, die an habitueller Angina leiden, die Tonsillotomie nicht auch während des acuten Anfalls auszuführen.

EMIL MAYER.

59) **H. Méry** und **J. Hallé** (Paris). **Ulceröse und perforirende Anginen bei Scharlach. (Angines ulcéreuses et perforantes de la scarlatine.)** *Médecine moderne. 29. April 1903.*

Verff. stellen die obenbezeichnete Erkrankung als eine besondere Form neben der Angina pseudo-membranacea und gangraenosa auf.

Sie ist anatomisch charakterisirt durch das Auftreten einer Nekrose, die sowohl die Schleimhaut, wie die darunter liegenden Gewebe betrifft und zu Perforationen in der Höhe des Gaumensegels führt. Die Prognose ist ernst: von 14 Fällen gelangten nur 7 zur Heilung. Diese Form scheint der von Henoch als nekrotische beschriebenen zu entsprechen.

Jede Behandlung erwies sich als erfolglos; verhältnissmässig am besten wirkte Chlorzink.

PAUL RAUGÉ.

60) Tessie Weston Fister. **Bericht über 2 Fälle von ulcerativer Angina und Stomatitis mit spindelförmigen Bacillen und Vincent'schen Spirillen. (Report of 2 cases of ulcerative angina and stomatitis associated with the fusiforme bacillus and spirillum of Vincent.)** *American Journal Medical Sciences. September 1903.*

Verf. weist auf eine frühere an derselben Stelle erschienene Arbeit von Emil Mayer über denselben Gegenstand hin, in der die seltene Erwähnung der Erkrankung in der amerikanischen Literatur möglicherweise darauf zurückgeführt wird, dass viele Fälle verkannt und mit Syphilis verwechselt werden, auch die Patienten bei den geringen Beschwerden der Affection oft gar keine Aufmerksamkeit schenken.

Von den beiden mitgetheilten Fällen betrifft der eine einen 20jährigen Mann, bei dem die Erkrankung neben dem letzten Molarzahn begann, der kurz vorher extrahirt worden war; im zweiten, der eine 36jährige Frau betrifft, entstand die Erkrankung von einer Erosion der Zungenschleimhaut aus, die durch Insulte seitens eines Zahnes sich gebildet hatte.

EMIL MAYER.

61) L. T. Royster. **Bericht über einen Fall von Vincent'schem Tonsillarulcus. (Report of a case of tonsillar ulcer of Vincent.)** *N. Y. Medical Report. 5. September 1903.*

Es handelt sich um ein Kind, bei dem weder Erhöhung der Pulsfrequenz, noch der Temperatur vorhanden war. Die Lymphdrüsen am rechten Unterkieferwinkel waren geschwollen, auf der rechten Tonsille bestand ein etwas vertiefter, grauer scharf umschriebener Fleck mit gerötheter Umgebung. Es handelte sich um eine Auflagerung, nach deren Abwischen der leicht blutende Geschwürsgrund sichtbar wurde. Die Tonsille war hart und indurirt. Es wurde ein Abstrichpräparat gemacht, mit verdünnter Carbolfuchsinlösung gefärbt und der Bacillus fusiformis und die Vincent'schen Spirillen gefunden. Therapie bestand in Jodpinselungen und Gurgelungen mit Salzwasser. Drei Tage danach war die Ulceration verschwunden.

LEFFERTS.

62) Conrad. **Angina Vincenti. (Vincent's Angina.)** *N. Y. Medical Journal. 26. September 1903.*

C. sagt, dass die Vincent'sche Angina gewöhnlich nur eine Tonsille befällt und ohne Fieber verläuft. Im ersten Stadium ist ein Infiltrat vorhanden, im zweiten ein Ulcus. Die bacteriologische Untersuchung ergiebt das Vorhandensein von Spirillen und spindelförmigen Bacterien. Augenscheinlich wird die Krankheit

verursacht durch den Bacillus. Zur Behandlung empfiehlt C. Pinslungen mit Jodtinctur oder mit 60proc. Chromsäure und Insufflationen mit Methylenblau.

LEFFERTS.

63) **Wm. F. Waugh. Angina pultacea. (Pultaceous angina.)** *Pacific Medical Journal. November 1903.*

Unter diesem Titel giebt Verf., hauptsächlich sich auf die französische Literatur stützend, eine Beschreibung einer Affection, deren Symptome ganz übereinstimmen mit denen der Angina follicularis. Er weist darauf hin, dass die Behandlung dieser Erkrankungen sehr wichtig ist, weil sie den Ausgang für die Allgemeininfectionen bilden können.

EMIL MAYER.

64) **Glas** (Wien). **Zur Pathologie der Tuberculose der Gaumentonsillen.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 36., 1903.*

Autor berichtet über zwei Fälle von klinisch primärer Tonsillentuberculose, wobei in einem auf den Zusammenhang zwischen der Tonsillarerkrankung und tuberculösen Halslymphomen, in dem anderen auf das Verhältniss der einseitigen Tonsillarerkrankung zur tuberculösen Infiltration des gleichseitigen Stimmbandes hingewiesen wird. Hieran reiht sich ein Fall von miliarer Tonsillentuberculose, welche durch Sputuminfection zustande kam und von wo aus die Infection der übrigen Organe sowohl auf hämatogenem und lymphogenem Wege als auch per continuitatem zustande kam (Obductionsbefund). In allen Fällen bot die Tonsille das Bild einer Hypertrophie, stets wurden Bacillen gefunden. Schliesslich wird die Histologie, Prognose, Therapie und der Infectionsmodus der Tonsillentuberculose besprochen.

CHIARI-HANSZEL.

65) **Henry Koplik** (New York). **Tuberculose der Tonsillen und die Tonsillen als Eingangspforte für tuberculöse Infection. (Tuberculosis of the tonsils and the tonsils as a portal of tubercular infection.)** *Americal Journal Medical Sciences. November 1903.*

Nach einer Uebersicht über die einschlägige Literatur berichtet Verf. über drei eigene Fälle. Im ersten hält er die Tonsillartuberculose für primär; secundär wurden dann die Rachendrüsen, der Kehlkopf und Lungen inficirt. Im zweiten wurden tuberculöse Rachendrüsen entfernt; die Tuberculose der Tonsillen ist hier nicht evident nachgewiesen. Den dritten Fall beschreibt er als eine von den Tonsillen ausgehende allgemeine Tuberculose.

A. LOGAN TURNER.

66) **L. Kingsford. Tonsillartuberculose bei Kindern. (Tuberculosis of the tonsils in children.)** *Lancet. 9. Januar 1904.*

Verf. untersuchte mikroskopisch die Tonsillen von 17 Kindern im Alter von 6 Monaten bis zu 9 Jahren. In allen Fällen bestand Schwellung der Cervicaldrüsen; in 7 Tonsillen waren tuberculöse Veränderungen mikroskopisch nachweisbar; jedoch nur in 3 auch mit blossem Auge erkennbar.

ADOLPH BRONNER.

67) **Hennebert. Lymphadenom der Mandeln mit darauf folgender Lymphadenitis. (Lymphadénome d'amygdale; lymphadenie consécutive.)** *La Clinique. No. 31. 1903.*

Cfr. Referat über den Jahresber. der belgischen laryngologischen Gesellschaft vom 7. Juni 1903.

BAYER.

68) **Wróblewski. Ueber Complicationen nach Tonsillotomie. (Z posiedzen laryngologiczne otyatryczych.)** *Medycyna. 45.*

In der Sitzung der Warschauer laryngologischen Gesellschaft wurden eingehend verschiedene Complicationen und besonders primäre und secundäre Blutungen, peritonsilläre Abscesse besprochen. In der Discussion (Sokolowski, Szebrny, Lubliner, Logucki, Meyerson) wurden diesbezügliche Erfahrungen mitgetheilt. Meyerson sah 10mal ziemlich starke Blutungen, Sokolowski 2mal. In der Therapie wurden verschiedene Mittel (Torsion, Gelatineinjection, und besonders auch Ligatur en masse) empfohlen.

A. SOKOLOWSKI.

69) **Dobrowolski. Peritonsilläre Abscesse nach Tonsillotomie. (Z posiedzen laryngologiczno-otyatryczych.)**

Verf. theilt mit, dass bei 200 von ihm ausgeführten Tonsillotomien dreimal peritonsilläre Abscesse, welche sich einige Tage nach der Operation entwickelten, beobachtet hat, und vermuthet, dass die Tonsillotomie schon bei beginnendem Abscesse ausgeführt wurde. In der Discussion theilte Sokolowski mit, dass er auf ca. 150 ausgeführte Tonsillotomien einmal peritonsillären Abscess beobachtet hat. Wróblewski, Heyman, Lubliner beobachteten es keinmal bei vielen Hunderten ausgeführten Tonsillotomien.

A. SOKOLOWSKI.

70) **Harmon Smith. Allarmirende Blutung nach Tonsillotomie. (Alarming hemorrhage following tonsillotomy.)** *The Laryngoscope. Februar 1904.*

Unter den speciellen Ursachen der Blutung wurden angeführt: Hämorrhagische Diathese, fibröse Degeneration der Tonsillen, Alter, Geschlecht, acute Entzündung, Anämie, abnorme Gefässvertheilungen.

Am wirksamsten erwies sich dem Verf. der Gebrauch des Mikulicz-Stoerkschen Tonsillar-Hämostaten.

EMIL MAYER.

d. Diphtherie und Croup.

71) **B. F. Wasbrook. Probleme im Laboratoriumsstudium der Diphtherie. (Problems in the laboratory study of diphtheria.)** *Medicine. Februar 1903.*

Im Hals von Patienten mit dem klinischen Bilde der Diphtherie findet sich eine grössere Mannigfaltigkeit von bacteriellen Typen, als bei Gesunden. Der Befund von Bacillen vom Granulartypus D, C, A ist 30—100mal so gross in klinischen Fällen, als bei Schulkindern. Die Typen E^2 und D^2, die auch als Hoffmann'sche Bacillen bekannt und in den Nasen gesunder Kinder häufig sind, finden sich im Hals von Schulkindern nicht sehr häufig, während sie in Fällen klinischer Diphtherie sehr zahlreich sind (39—55 pCt.). Es will scheinen, als ob während der Diphtherie diese im Wesentlichen in der Nase vorkommenden Typen

eine Tendenz haben, sich von der Nase aus zu verbreiten und ihren Sitz im Halse aufzuschlagen oder dass sie im Begriff sind, sich in den Granulartypus umzuwandeln.

EMIL MAYER.

72) **E. Zacchiri. Untersuchungen über die Generalisation des Diphtheriebacillus. (Recherches sur la généralisation du bacille diphtérique.)** *Thèse de Paris. 1903.*

Verf. gelangt zu folgenden Schlusssätzen:

Toxische tödtliche Zufälle können auch dann eintreten, wenn die Diphtherie local geheilt ist; diese Zufälle entstehen dadurch, dass intra-parenchymatös neue Toxine sich bilden. Als practische Folgerung ergiebt sich, dass man die Seruminjectionen nicht zu frühzeitig und nicht zu reichlich machen und sich in Bezug auf die Behandlung nicht nur durch die von dem localen Befund gegebenen Indicationen bestimmen lassen soll.

PAUL RAUGÉ.

73) **Arthur T. Laird. Neue Studien, betreffend die Morphologie des Diphtheriebacillus. (Recent studies regarding the morphology of the diphtheria bacillus.)** *Pediatrics. September 1903.*

In der Majorität der Fälle findet, wenn Bacillen vorhanden sind, auch eine Production von Toxinen statt und alle Symptome, die der Patient darbietet, sind auf diese zurückzuführen. Die Bacillen werden in drei Gruppen getheilt: granulirte, gegitterte und solid gefärbte Form. Der Aufsatz ist besonders vom bacteriologischen Standpunkt aus beachtenswerth und enthält zahlreiche Details, die in Form eines Referats schwer wiederzugeben sind.

EMIL MAYER.

74) **Deguy. Bakteriologische Schnelldiagnose der Diphtherie. (Diagnostic bactériologique rapide de la diphtérie.)** *Société de Pédiatrie. 20. October 1903.*

Die directe Untersuchung der Membranen wird zu sehr vernachlässigt, obwohl sie zuverlässige und besonders promptere Resultate giebt, als das Culturverfahren. Verf. bedient sich folgender Methode: Abwaschen der Membran in destillirtem Wasser, Färben 5 Minuten lang in Löffler'schem Methylenblau, Abspülen in destillirtem Wasser, eine Viertelstunde lang Ueberführen in Kalilösung 1 : 20. Dann wird die Membran auf den Objectträger ausgebreitet. Man sieht bei dieser Betrachtung alle Formen des Diphtheriebacillus in derselben Membran; wenn auch Diplokokken vorhanden sind, ist eine Secundärinfection zu befürchten.

PAUL RAUGÉ.

75) **B. H. Stone. Die Bakteriologie und Pathologie der Diphtherie. (The bacteriology and pathology of diphtheria.)** *Vermont Medical Monthly. 25. October 1903.*

S. hat als Bacteriologe des Vermont State Laboratory eine grosse Zahl diphtherieverdächtiger Fälle untersucht. Von 562 Fällen, die sich nach der bacteriologischen Untersuchung als Diphtherie erwiesen, trugen nur 286 die klinische Diagnose der Diphtherie, während sie bei 74 auf Tonsillitis lautete und bei 202 offen gelassen war. Von den 852 Fällen, die sich bacteriologisch nicht als Diphtherie erwiesen, waren 224 klinisch für Diphtherie gehalten worden, 353 waren nicht diagnosticirt und 275 trugen die richtige Diagnose.

EMIL MAYER.

76) L. Bero. **Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Diphtheritisdiagnose. (Recherches cliniques et expérimentales sur le diagnostic de la diphtérie.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 6. 1903.*

Der Autor kommt bei seinen klinischen und experimentellen Untersuchungen bezüglich der Diagnosenstellung von „Diphtheritis", zu dem Ergebnisse, dass dazu

1. die Feststellung der Virulenz der Bacterien immer ein sehr wichtiges, häufig sogar nothwendiges Element bilde; dass
2. die Methode der rapiden bakteriologischen Diagnosenstellung häufig Irrthümern ausgesetzt sei, und dass man
3. im kranken Pharynx pseudodiphtheritische Bacillen finde, welche specifisch unterschieden vom Löffler'schen Bacillus erscheinen.

L. BAYER.

77) Curtius. **Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Diphtherie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 36. 1903.*

Empfehlung des Serums neben Bepinselungen mit Menthol 2,5 Solve in Toluol 9,0, Alcoh. absol. 15,0, Liqu. ferri sesquichl. 1,0 3 stündlich mittelst Wattebausch, wobei die Membranen weggerieben werden; — bei Croup fleissige Inhalationen mit Kalkwasser. Die Details sind im Original nachzusehen.

PH. SCHECH.

78) F. F. Caiger. **Diagnose und Behandlung zweifelhafter Diphtheriefälle. (The diagnosis and management of doubtful cases of diphtheria.)** *Lancet. 25. December 1903.*

Verf. betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose bei Schulkindern. Fälle von Nasendiphterie werden oft übersehen. Auf die bakteriologische Diagnose ist nicht immer Verlass; — es ist oft schwer, zwischen den wahren Diphteriebacillen und dem sogenannten Pseudodiphtheriebacillus (Hoffmann-Bacillus) zu unterscheiden. Manche Bacillen gleichen dem Diphtheriebacillus völlig, erweisen sich aber bei Thierversuchen als nicht virulent. Am meisten kann man auf die Neisser'sche Färbung geben.

ADOLPH BRONNER.

79) De Groote und A. Lamborelle. **Rasche Reinfection mit Diphtheritis nach einem ersten Ergriffensein.** *Bulletin de la Soc. de Méd. de Gand. März-April 1903.*

Ein an Diphtheritis erkrankter und mit Serum behandelter Säugling wird zu seinen Eltern gebracht und genest; zu seinen Pflegeeltern zurückgebracht wird er von Neuem schon 2 Tage nachher von Diphtheritis befallen, die wiederum durch Seruminjectionen zum Verschwinden gebracht wird. Die Autoren schliessen die Möglichkeit einer verschleppten Diphteritis aus, da sie sich sorgfältig von der vollkommenen Heilung der Affection überzeugt hatten. Zur Reinfection sei es gekommen, nachdem das Kind in die Wohnung zurückgebracht worden, in welcher die erste Infection stattgefunden hatte. Die Seltenheit des Factums berechtige die Veröffentlichung des Falls. —

L. BAYER.

80) **Luigi Concetti. Recidive und Rückfälle bei Diphtherie. (Le recidive e le ricadute nella difterite.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Mai 1903.*

Verf. theilt zunächst 6 Fälle mit, in denen es sich um Rückfälle handelte, d. h. um das Wiederaufflammen eines noch nicht lang erloschenen Krankheitsprocesses; in allen Fällen fanden sich in der Zeit zwischen der klinischen Heilung und dem Rückfall Löffler'sche Bacillen. Verf. zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass die Kinder nach glücklicher Ueberwindung einer Diphtherieinfection so bald als möglich aus dem infectiösen Milieu d. h. den Krankenabtheilungen herausgenommen und in für diesen Zweck zu errichtende Reconvalescentenheime auf dem Lande gebracht und dort gehalten werden sollten, bis die bakteriologische Untersuchung das definitive Verschwinden der Löffler'schen Bacillen zeigt. Wo das angängig ist, sollen sie während der Reconvalescenz nach einer gewissen Zeit noch einmal einer prophylactischen Injection von 1000—2000 I.-E. unterworfen werden.

G. FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

81) **Zund-Burguet. Experimentelle und laryngoskopische Untersuchungen über die Labialen m, b und p. (Recherches expérimentales et laryngoscopiques sur les consonnes labiales m, b und p.)** *Archives Internat. d. Laryngologie etc. 1903.*

Nach den Untersuchungen des Verf. nähern sich die Stimmlippen bei der Aussprache des m in ganzer Länge, bei b ist die Annäherung an den beiden Enden ausgesprochener und bei p ist der Schluss vollkommen.

E. J. MOURE.

82) **M. Rothmann. Ueber acute transitorische Aphasie.** *Berl. klin. Wochenschrift. No. 16 u. 17. 1903.*

Verf. bespricht mehrere Fälle von transitorischer Aphasie, die durch Einwirkung der Sonnenhitze (Insolation) erzeugt waren; des ferneren solche, die nach Ueberladung des Magens mit verdorbenem Fleisch, im Gefolge von Nicotin-Vergiftung und nach Embolien bei Dementia paralytica und Hysterie auftreten.

J. KATZENSTEIN.

83) **Silvio Genta. Temporärer Gubler'scher Symptomencomplex mit Aphasie traumatischen Ursprungs. (Syndrôme temporaire de Gubler avec aphasie d'origine traumatique.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. Fasc. III. 1902.*

Ein dreijähriges Kind bohrte sich beim Fallen ein spitzes Holz in die linke Seite des Gaumensegels; es entstand eine heftige Blutung. Nach 5 Minuten fand sich eine complette rechtsseitige Lähmung der Extremitäten, sowie eine linksseitige Facialislähmung, ferner war das Kind aphasisch. Meningitische Symptome bestanden niemals. Die rechtsseitige Lähmung hatte spastischen Charakter; es bestand erhöhte Reflexerregbarkeit und erhöhte Erregbarkeit durch galvanisch-faradische Ströme. Die Aphasie schien rein motorisch. Im Verlauf von zwei Monaten trat Besserung ein; zuerst das rechte Bein, dann der rechte Arm erlangten ihre Beweglichkeit wieder, am längsten dauerte die Facialislähmung und die Aphasie. Nach 20 Monaten bestand nur noch eine leichte Parese des rechten Arms.

Verf. erklärt den Symptomencomplex so, dass wahrscheinlich die Spitze des Holzes in die Schädelbasis eingedrungen sei und eine Verletzung der Gefässe in der Gegend des Pons Varolii oder eine solche der Nervensubstanz selbst an dieser Stelle herbeigeführt habe; daher rührte die Lähmung. Auf Grund anatomischer und physiologischer Erwägungen gelangt er dazu, die Stelle genauer als den hinteren, unteren linken Abschnitt der Varolsbrücke zu bestimmen. Was die Aphasie betrifft, so lässt sie sich nicht auf eine Verletzung des N. hypoglossus zurückführen, denn es fehlte jede Abweichung der Zunge, jede Dysarthrie, es handelte sich vielmehr um eine veritable Aphasie. Verf. glaubt, dass man eine Verletzung einiger Associationsfasern des Broca'schen Centrums annehmen müsse, die gleichfalls im vorderen Theil der Varolsbrücke verlaufen.

G. FINDER.

84) **G. Hudson Makuen. Ein Fall von Stottern durch Hypnotismus geheilt. (A case of stammering cured by hypnotism.)** *Proceedings Philadelphia County Medical Society. 31. October 1903.*

In einer Anzahl von Fällen sind durch Hypnotisirung Resultate erzielt worden, wie sie durch keine andere Methode zu erreichen sind. Es handelte sich nicht um eine Behandlung des Stotterns als solches, sondern darum, in dem Patienten die nothwendige geistige Empfänglichkeit für die reguläre physiologische Action wiederherzustellen.

EMIL MAYER.

85) **E. Rhodes. Spastische Dysphonie. (Spastic dysphonia.)** *N. Y. Medical News. 5. December 1903.*

Die Bezeichnung „spastische Dysphonie" wendet Verf. auf die Zustände an, in denen infolge einer Neurose ein Kehlkopfspasmus vorhanden ist und in denen die Fähigkeit coordinirter Muskelbewegungen für die Phonation fehlt. Besichtigt man in diesen Fällen den Kehlkopf während der Respiration, so hat man ein völlig normales Bild, sobald jedoch die Muskeln den Impuls zur Phonation erhalten, so wird sofort eine spastische Action des Kehlkopfes augenscheinlich.

LEFFERTS.

86) **J. Möller** und **J. F. Fischer** (Kopenhagen). **Ueber die Wirkung der Mm. crico-thyreoideus und thyreo-arytaenoideus internus. (Om Virkungen af Mm. cricothyreoideus og thyreo-arytaenoideus internus.)** *Hospitals Tidende. October 1903.*

Die Arbeit ist in Fraenkel's Archiv f. Laryngologie, Bd. 15, S. 72, 1903, publicirt.

E. SCHMIEGELOW.

87) **Jos. Cisler. Ueber primäres sogen. classisches Stadium der Posticuslähmung.** *Lékarské rozhledy.*

Der Zahl der von Semon zusammengestellten Fälle von primärer Posticuslähmung reiht Autor einen neuen Fall, den er in der Klinik von Prof. Thomayer (Prag) beobachtet hat, an. Es handelt sich um einen mediastinalen Tumor mit Compression des linken Bronchus und Oesophagus nebst beiden Recurrentes und dem linken Sympathicus. Im klinischen Bilde dieses Falles war der Laryngealbefund sehr interessant: er zeigte nämlich jenes classische Stadium der Posticus-

lähmung (Lähmung der Glottiserweiterer ohne secundäre Contractur der Schliesser), und zwar beiderseitig, wobei die linksseitige Stimmbandaffection auf die früheste, die rechtsseitige auf die mehr vorgeschrittene Etappe des krankhaften Processes hindeuteten. Obzwar dann der Kranke auch Respirations- und Stimmstörungen zeigte, fasst Autor doch die angeführten beiden Erscheinungen nicht als Folgeerscheinung der Posticuslähmung auf, sondern eher als Consequenz der zugleich vorhandenen Compression des linken Bronchus: das laryngoskopische Bild ist ohnedies so klar, dass das primäre Stadium der Posticuslähmung constatirt erscheint, auch wenn die erwähnten subjectiven Beschwerden nicht auf selbe zu beziehen sind.

CHIARI.

88) **Schüller** (Wien). **Klinische Beiträge zur Casuistik der Kehlkopflähmungen.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 38. 1903.*

Fall I: Tabes mit Lähmungen im Bereiche sämmtlicher motorischer, insbesondere der bulbären Hirnnerven bei einem 35jährigen Musiker (Klarinettisten). Beiderseitige Recurrenslähmung, die nachweisbar länger als ein Jahr besteht. Die beiden Stimmbänder stehen im Minimum der Kadaverstellung vollständig fixirt, sind excavirt, die grösste Weite der Glottis in der Mitte der Stimmbänder beträgt ca. 5 mm. Die Sprache ist tonlos.

Fall II: Linksseitige Gaumensegelparese und linksseitige Stimmbandlähmung. Dissociirte Empfindungsstörung im Bereich der linken Gesichtshälfte und der oberen vier Cervicalsegmente auf der linken Seite. Wahrscheinlich Syringobulbie. Das linke Stimmband in einer Zwischenstellung zwischen maximaler Abduction und Medianstellung fixirt, excavirt. Die linke Larynxseite hyperästhetisch.

Fall III: Untere Brachialplexuslähmung rechts. Partielle rechtsseitige Recurrenslähmung. Tumor des rechten vorderen Mediastinums, wahrscheinlich ein Nebenkropf. Das rechte Stimmband steht in Medianstellung und ist mässig excavirt. Der rechte Aryknorpel macht geringe Bewegungen der Ad- und Abduction. Bemerkenswerth in diesem Falle ist die Combination einer Recurrenslähmung mit einer Lähmung des Plexus brachialis bei benigner Struma interthoracica.

CHIARI-HANSZEL.

89) **Adolph Urban. Doppelseitige Abductorlähmung des Kehlkopfs. (Bilateral abductor paralysis of the larynx.)** *Buffalo Medical Journal. September 1903.*

Ein kleines Kind musste infolge einer postdiphtherischen Lähmung tracheotomirt werden. Es handelte sich wahrscheinlich um eine chronische localisirte Degeneration der abducirenden Nervenfasern und der M. abductores des Kehlkopfes, und zwar infolge einer nach Diphtherie entstandenen toxischen Neuritis. Es lag eine rein primäre doppelseitige Stimmbandlähmung vor. Dieselbe blieb drei Jahre lang stationär und erst in letzter Zeit ist eine Tendenz zur Besserung erkennbar.

EMIL MAYER.

90) **Hanau W. Loeb. Die unmittelbare Erleichterung hysterischer Kehlkopfsymptome. (The immediate relief of hysterical manifestations of the larynx.)** *Journal of the American Medical Association. 16. Januar 1904.*

Verf. hat als das leichteste Wort der englichen Sprache, das sich am besten

für die ersten Uebungen bei Aphonischen eignet, das Wort „home“ befunden. Nachdem er das Vertrauen seiner Patienten durch eine kurze, mehr oder weniger sentimentale Unterhaltung über „home“ gewonnen zu haben glaubt, lässt er sie auf einen Stuhl sitzen, führt den Zeigefinger der rechten Hand in den Pharynx und drückt die Epiglottis nach unten, bis es dem Patienten anfängt, unangenehm zu werden, dann zieht er den Finger heraus und sagt in lautem Befehlston: „Nun sagen Sie home, home, home!“ Nachdem Patient dies Wort nachgesprochen hat, geht man zu anderen über.

EMIL MAYER.

91) **M. Faure. Mechanische Behandlung der Visceralstörungen bei Tabikern (Larynxkrisen, Respirations-, Digestions-, Mictions- und Defäcationsstörungen). (Traitement mécanique des troubles viscéraux chez les tabétiques [crises laryngées, troubles de la respiration, de la digestion, de la mixtion, de la défécation].)** *La Belgique Méd. No. 35. 1903.*

Auf dem XIII. Psychiater- und Neurologencongress französischer Sprache in Brüssel vom 1. bis 8. August 1903 führt der Autor an, dass bei der Behandlung der visceralen Störungen der Tabiker methodische Uebungen angewandt werden können zum Zwecke, die Incoordination der bei den thoracischen und abdominalen Functionen betheiligten Muskeln zu corrigiren.

BAYER.

92) **Lamann. Laryngoskopischer Spasmus des Kehlkopfes. (Laringos. spasm. golosowoi schtscheli.)** *Wratsch. Gaz. No. 10. 1903.*

L. bringt im vorliegenden Artikel den laryngoskopischen Stimmritzenspasmus mit seiner Abwehrtheorie in Verbindung. Eignet sich nicht zum Referat.

P. HELLAT.

93) **Gundobin. Keuchhusten und seine Behandlung. (kokhust i jewo letsch.)** *Wratsch. Gaz. No. 1. 1902.*

Ein klinischer Vortrag. Der Autor sieht eine Analogie zwischen Diphtherie und Keuchhusten. Die hervorragenden Symptome werden durch Accumulation des Toxins im Larynx hervorgerufen. Local ist eine Röthung des Schlundes und des Kehldeckels zu constatiren.

P. HELLAT.

94) **V. Jacques. Die Behandlung des Keuchhustens mit dem Serum von Dr. Leuriaux. (Le traitement de la coqueluche par le serum du Dr. Leuriaux.)** *La Clinique. No. 26. 1903.*

28 Beobachtungen. Die Injection war in der Regel rasch von einer schnelleren oder langsameren Abnahme der Zahl der Anfälle gefolgt. Zu gleicher Zeit wurden diese weniger intensiv. Wenn die Anfälle gleich von Anfang an behandelt wurden, trat die Heilung nach 10—14 Tagen ein. In einigen Fällen war das Resultat gleich Null. Die Injection des Serums ruft kein Fieber hervor; nur in 5 Fällen trat Urticaria im Gefolge auf.

BAYER.

95) **O. Leuriaux. Wie soll man den Keuchhusten behandeln? (Comment doit-on soigner la coqueluche.)** *La Clinique. No. 30. 1903.*

Der Autor betrachtet die serotherapeutische Behandlung des Keuchhustens für um so wirksamer, je früher sie eingeleitet wird. Jedoch ist auch die Spät-

intervention angezeigt, sogar bei vorhandenen Complicationen. Manchmal muss die Injection wiederholt werden.

Der Autor verbindet die Seruminjection mit der Verabreichung von Brechmitteln, besonders vor der Injection, mit der von Expectorantien und von Creosot- oder Guajacol-Karbonat bei bestehender Bronchitis oder eitrigem Auswurf, mit der von tonischen und calmirenden Mitteln und endlich von antiseptischen Räucherungen. Der Keuchhustenkranke muss das Zimmer hüten. BAYER.

96) **John L. Morse. Eine Bemerkung über die Uebertragung des Keuchhustens durch indirectes Contagium. (A note on the transmission of whooping cough by indirect contagion.)** *N. Y. Medical Journal. 10. October 1903.*

An M. trat während einer Keuchhustenepidemie in Boston häufig die Frage heran, ob eine Ansteckung durch dritte Personen oder Kleider möglich wäre. Da er in der Literatur über diese Frage keine genügende Auskunft erhielt, sandte er ein Cirkular an eine Anzahl erfahrener Praktiker. In 40 Antworten, die er erhielt, waren nur 4 Fälle berichtet, in denen eine indirecte Uebertragung wahrscheinlich schien. Eine positive Antwort auf die Frage scheint nach dem bisher vorliegenden Material nicht möglich. LEFFERTS.

97) **C. F. Theisen. Hypertrophirende Kehlkopftuberculose. (Hypertrophic tuberculosis of the larynx.)** *American Journal of Medical Sciences. November 1903.*

Verf. berichtet über einen sehr interessanten Fall von Kehlkopftuberkulose, in dem die Differentialdiagnose gegenüber der Pachydermie ziemliche Schwierigkeiten bereitete. Lungensymptome fehlten lange Zeit, schliesslich ging der Patient an Phthisis pulmonum zu Grunde. Verf. hielt einen Ueberblick über die in der Literatur vorhandenen Angaben und kommt zu dem Schluss, dass die hypertrophirende Form der Kehlkopftuberkulose ziemlich ungewöhnlich ist, dass sie nicht zur Geschwürbildung neigt oder dass diese doch erst spät eintritt. Gewöhnlich findet sie sich secundär bei bestehender Lungenphthise, doch kommt sie bisweilen auch primär vor. LOGAN TURNER.

98) **H. H. Briggs. Die Frühsymptome der Kehlkopftuberculose. (The early manifestations of laryngeal tuberculosis.)** *Journal of American Medical Association. 19. December 1903.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die Bilder, unter denen eine beginnende Tuberkulose im Larynx sich zeigen kann. Er unterscheidet zwischen einer acuten und chronischen Form. EMIL MAYER.

99) **Deodato de Carli. Die De Rossi'sche Methode der Kehlkopfplastik. (Metodo De Rossi per la plastica della laringe.)** *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. II. 1903.*

Eine 29jährige Frau hatte sich im Juli 1899 eine Revolverwunde am Halse beigebracht; das Projectil war vor dem rechten M. sternocleidomastoideus eingedrungen und ungefähr 1 cm vor dem linken sternocleidomastoideus wieder ausgetreten; sein Weg entsprach einer durch die Mitte des Schildknorpels gezogenen Linie. Patientin wurde wegen drohender Erstickungsgefahr tracheotomirt und

musste mit der Canüle entlassen werden. Der Larynx erwies sich bei der Sondirung als undurchgängig. Später wurde die Laryngofissur gemacht und die rechte Schildknorpelwand und ein Stück des Ringknorpels excidirt; auch wurde die sehr resistente Narbe, die von dem Trauma zurückgeblieben war, excidirt. Dann wurde ein Schrötter'scher Cylinder eingelegt und die Bruchtheile genäht. Aber bereits nach einigen Monaten war die Kehlkopfstenose wieder vorhanden und Patientin konnte nach wie vor nur noch durch die Tracheotomiecanüle athmen. Sie wurde in die Klinik aufgenommen und De Rossi beschloss, den Kehlkopf von unten nach oben zu erweitern, seine Function allmählich durch Gebrauch besonderer Canülen wiederherzustellen und schliesslich durch eine Plastik den Theil des Kehlkopfskeletts, der nicht mehr vorhanden war, zu repariren. Den ersten Zweck suchte er durch einen nach dem Modell des Kramer'schen Ohrenspeculums construirten Dilatator zu erreichen, der in Narkose in den Larynx eingeführt und dann auseinandergespreizt wurde. Sodann wurde eine von De Rossi gleichfalls für diesen Fall angegebene Kehlkopfcanüle mit Mandrin eingeführt, an deren unterem Ende die Tracheotomiecanüle eingeführt wurde; in den nächsten Tagen wurden allmälig Canülen grösseren Calibers angefügt und längere Zeit hindurch sowohl mit Schrötter'schen Bougies wie mit eigens construirten Apparaten die Dilatation fortgesetzt. Als die Kranke sich daran gewöhnt hatte, die Canüle längere Zeit zu tragen, wurde die Plastik ausgeführt. Unterhalb der linken Clavicula wurde ein gradliniger Einschnitt gemacht, und die Haut nach oben abgelöst, so dass eine kleine Tasche entstand. In diese wurde die Schildknorpelplatte einer eben getödteten Ziege eingebracht und dann zugenäht. Nach drei Wochen wurde ein Hautlappen aus der Claviculargegend gebildet, an dem sich das inzwischen angeheilte Knorpelstück befand und dieser Hautknorpellappen auf die Trachealfistelöffnung vernäht. Es trat völlige Heilung ein, die Intubationscanüle konnte nach einiger Zeit entfernt werden. Zur Zeit der Publication war ein Jahr verflossen; Patientin athmete per vias naturales und sprach mit dysphonischer Stimme.

G. FINDER.

100) **A. H. Burgess. Hauttransplantation bei Larynxstenose. (Skin-grafting in laryngeal stenosis.)** *Manchester Med. Chron. Juli 1903 und N. Y. Medical. 17. October 1903.*

Verf. berichtet den Fall eines 48jährigen Mannes, der 7 Jahre zuvor einen Selbstmordversuch machte, indem er sich den Hals durchschnitt. Er musste constant eine Tracheotomietube in einer unterhalb der Schnittwunde angelegten Oeffnung tragen. Unglücklicherweise wurde die Wunde septisch und heilte schliesslich per granulationem. Später traten Erscheinungen von Stenose auf und die Untersuchung zeigte, dass unterhalb der Stimmlippen eine fleischige Masse vorhanden war, die das Lumen der Tube ganz auszufüllen schien. Es wurde die Laryngofissur gemacht und man fand, dass der untere Theil des Kehlkopfs und der obere der Trachea völlig von einer festen Narbe verschlossen war. Diese wurde entfernt und ein Gazetampon eingelegt. Letzterer wurde verschiedentlich gewechselt und elf Tage später definitiv ersetzt durch einen Thiersch'schen Lappen, der vom Oberschenkel entnommen wurde und um ein Drainrohr von der Weite der Trachea

herumgerollt war. Der Lappen heilte an und es ergab sich ein ausgezeichnetes Endresultat.

LEFFERTS.

101) U. S. Stewartt. **Ein modificirter Kehlkopfspiegel. (A modified laryngoscopal mirror.)** *Lancet. 21. November 1903.*

Eine runde Metallplatte mit verschiedenen Concav- und Convexlinsen ist so hinter dem Stirnspiegel angebracht, dass jede gewünschte Linse hinter die centrale Oeffnung gebracht werden kann. Angefertigt bei Young a. Sons, Edinburgh.

A. BRONNER.

f. Schilddrüse.

102) Jaquet und Gaumerais **Morbus Basedowii und Haarausfall. (Maladie de Basedow et pelade.)** *Société médicale des hôpitaux. 7. November 1902.*

Patient hatte gleichzeitig eine linksseitige Neuralgie und eine Alopecia areata auf derselben Seite. Beides verschwand nach Extraction des linken unteren Weisheitszahns. Gleichzeitig jedoch traten Herzpalpitationen auf und ein sehr ausgesprochener linksseitiger Exophthalmus mit geringer Struma des linken Schilddrüsenlappens. Die Thatsache des gleichzeitigen Vorkommens von Haarausfall und Morbus Basedow ist seit Langem bekannt. Auffallend ist in diesem Fall, dass alle Symptome auf derselben Seite auftraten.

PAUL RAUGÉ.

103) Burghart und Blumenthal. **Ueber die spezifische Behandlung des Morbus Basedow.** *Therapie der Gegenwart. S. 337. August 1903.*

Die Behandlung mit Milch oder Blut entkropfter Thiere giebt ein günstiges Resultat bei einer grossen Anzahl von Basedowfällen.

J. KATZENSTEIN.

104) Jaboulay (Lyon). **Resection des Sympathicus wegen Morbus Basedow. (Section du sympathique cervical pour une maladie de Basedow.)** *Société de médecine de Lyon. 6. April 1903.*

Enormer Exophthalmus; 120 Pulsschläge in der Minute; Tremor; Halsumfang 37 cm; Verdauungs- und Menstrualstörungen. J. nahm die Resection der unteren Partie des Ganglion cervicale superius vor. Es folgte unmittelbar Besserung, Verschwinden des Exophthalmus und des Tremor. Es bestand Tachykardie von 100 Schlägen. Der Halsumfang hat sich 3 cm verkleinert.

PAUL RAUGÉ.

105) J. Gordon Sharp (Leeds). **Athmungskrisen bei Morbus Basedow. (Respiratory crisis in Graves' disease.)** *Lancet. 27. Juni 1903.*

Verf. beschreibt zwei Fälle, in denen Anfälle von beschleunigter Athmung zur Beobachtung kamen, die augenscheinlich darauf zurückzuführen waren, dass irgend ein Gift im Organismus frei wurde. Die Athmung stieg auf 60 in der Minute; der Zustand des Patienten glich dem einer Atropinvergiftung. Eigenthümlich ist es, wie dieser Zustand durch Opium in jeder Form beeinflusst wird. Eine kleine Dosis davon genügt, um die Athmung wieder normal zu machen. Verf. hält es gerechtfertigt, anzunehmen, dass beim Morbus Basedow ein Toxin im Organismus vorhanden ist, dass in gewöhnlichen Fällen auf den normalen Wegen aus-

geschieden wird. In Fällen dagegen, wie dem vorliegenden, ist das Gift in zu grosser Menge vorhanden, um so ausgeschieden zu werden. Das supponirte Gift muss zu der Gruppe Atropin, Digitalis und Strychnin gehören, was seine Wirkung auf das Athmungscentrum anbelangt. Daraus erklärt sich auch der therapeutische Effect des Opiums in diesen Fällen.

JAMES DONELAN.

106) **Francis B. Bishop. Morbus Basedow und seine rationelle Behandlung. (Exophthalmic goiter and its rational treatment.)** *N. Y. Medical Record. 10. October 1903.*

Verf. geht davon aus, dass der Morbus Basedow durch zu frühzeitiges und fortgesetztes Tragen des Korsets mit verursacht wird; Anämie wirkt oft als praedisponirende Ursache. In der Behandlung dieser Fälle spielt Ruhe eine hervorragende Rolle. Die Patientinnen sollen früh zu Bett gehen und spät aufstehen; jeder Druck auf Brust und Abdomen sollte vermieden und Athmungsübungen angestellt werden. In Bezug auf die Diät ist vor Allem die stickstoffhaltige Nahrung von Bedeutung. Was die Behandlung betrifft, so zieht Verf. die Anwendung des constanten Stroms in der Form vor, dass sowohl der Vagus wie der Sympathicus gereizt werden. Eine grosse Schwammelektrode wird an dem positiven Pol angebracht und hoch am Nacken angesetzt und eine sich gabelnde Leitungsschnur mit zwei Schwammelektroden versehen jederseits unten am Hals angesetzt. Der Strom wird auf diese Weise 10—15 Minuten lang angewandt und dann ebenso lange direct auf die Schilddrüse applicirt. Die Sitzungen finden alle 2 Tage statt.

LEFFERTS.

107) **Patel** (Lyon). **Polycystische Struma; forme fruste von Basedow. (Goitre polykystique; Basedowism fruste.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 10. November 1903.*

Der Tumor comprimirte die Trachea und verursachte etwas Dyspnoe. Die Kapsel wurde incidirt und ein Theil der Cysten exstirpirt. Darauf nahm die Struma an Grösse ab; nach Verlauf eines Monats war die Vernarbung vollendet.

PAUL RAUGÉ.

108) **Moutard-Martin** (Paris). **Morbus Basedow und Addison'scher Symptomencomplex. (Maladie de Basedow et syndrome Addisonien.)** *Société médicale des hôpitaux. 11. December 1903.*

Vorstellung einer Patientin, bei der gleichzeitig Morbus Basedow und sehr accentuirte Hautpigmentation, Vergrösserung der Nieren, leichte Albuminurie und starker Kräfteverfall bestand. Verf. vergleicht den Fall mit einem andern neulich von ihm beobachteten, in dem es sich um eine allgemein ganglionäre Tuberculose handelte, in Folge deren die Fasern des grossen Sympathicus comprimirt wurden und kommt zu dem Ergebniss, dass es sich auch in diesem Fall um Aehnliches handeln könne.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

109) **Leroy** und **Maistrien. Fremdkörper des Oesophagus. (Corps étranger de l'oesophage.)** *Archives Méd. Belge. April 1903.*

Entfernung eines künstlichen Gebisses mit 2 Schneidezähnen von der Grösse von 5,2 auf 3,2 cm durch die Gastrotomie vermittelst Anlegung eines 2—$2^1/_2$ cm langen Knopfloches in der Magenwand; die Ränder desselben wurden vermittelst einer Börsennaht um die Basis des Zeigefingers fixirt und so der Austritt von Mageninhalt aus der Wunde verhütet. Bei der Exploration stiess der Finger im unteren Theil des Oesophagus auf das künstliche Gebiss, konnte sich in einen der Haken fixiren und mit Hülfe einer eingeführten Magensonde dasselbe mobilisiren und in den Magen geleiten, von wo aus es mit Leichtigkeit entfernt werden konnte. Magennaht in 2 Sitzungen. Nach 10 Tagen konnte der Kranke das Spital verlassen.

BAYER.

110) **Toubert. Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper des Oesophagus. (Oesophagotomie externe pour corps étranger de l'oesophage.)** *Société de Chirurgie. 16. December 1903.*

Der durch Oesophagotomia externa extrahirte Fremdkörper war ein Gebiss von 49 mm Länge und 20 mm Breite mit sehr scharfen Spitzen.

Die Patientin zeigte keine anderen Symptome als einen constanten Schmerz, der in die Gegend des Zungenbeins verlegt wurde. In dieser Gegend zeigte auch die Radiographie einen Fremdkörper in der Längsrichtung eingekeilt. Der Verlauf der Operation war günstig; es trat Heilung ein.

PAUL RAUGÉ.

111) **Lewis Q. Conner. Tödtliche Haematemesis infolge Perforation des Oesophagus durch ein latentes Aneurysma. (Fatal haematemesis from perforation of the oesophagus by a latent aneurysm.)** *N. Y. Medical Record. 13. Februar 1904.*

Verf. berichtet über ein Präparat, das von einem infolge anhaltenden Blutbrechens verstorbenen Patienten stammt. Bei der Autopsie fand sich der Magen angefüllt mit 1300 ccm Blut. Das Herz war hypertrophirt; die Aorta sehr stark dilatirt und sklerotisch. Ein sackförmiges Aneurysma der aufsteigenden Aorta erstreckte sich bis dicht über das Zwerchfell. Dasselbe hatte eine Perforation des Oesophagus zu Stande gebracht.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **F. Kraus** (Graz). **Die Erkrankungen der Mundhöhle und der Speiseröhre.** II. Hälfte: **Die Erkrankungen der Speiseröhre.** Mit 47 Abbildungen. Wien 1902. Alfred Hölder.

Diese Arbeit des jetzt in Berlin wirkenden Autors ist wegen der übersichtlichen Darstellung und Vollständigkeit sehr werthvoll.

Mit Recht betont der Verf., dass die Speiseröhre bei ihrem einfachen Bau, bei ihrer Armuth an Lymphfollikeln, bei der nicht grossen Menge acinöser Drüsen und der einfachen Function als Schlauch für die Zuführung der Nahrungsmittel nur geringen und ziemlich einförmigen Erkrankungen unterworfen ist.

Catarrhe, Entzündungen und Geschwüre spielen hier keine besondere Rolle; nur die Hindernisse, welche sich dem Schlucken der Nahrungsmittel entgegenstellen, haben eine grössere Bedeutung. Mit ihnen hat sich daher hauptsächlich die Pathologie und Therapie zu beschäftigen, um so mehr, weil dadurch die Ernährung des Individuums beeinträchtigt wird und weil die das Schlingen erschwerenden Processe auch wichtige Organe der Nachbarschaft (Aorta, Herz, Mediastinum, Vagus, Recurrens und Lungen) bedrohen.

Genaue, kritisch beleuchtete Angaben über Entwicklung, Lage des oberen und unteren Endes der Speiseröhre je nach der Haltung des Kopfes und nach dem Alter des Individuums, über ihre Länge, welche nach Alter, Geschlecht und Körpergrösse wechselnd ist, und ihre einzelnen Abschnitte sind von grossem Werthe. Kraus hält die Eintheilung v. Hacker's in einen suprabifurcalen (Hals- und Brusttheil) und einen infrabifurcalen Theil für die zweckmässigste.

Den Krümmungen, dem Lumen, den physiologischen Engen und den Durchmessern der einzelnen Abschnitte sind 17 Seiten gewidmet. Der Schluckact, die Schluckgeräusche, die Bewegungen der Oesophagusmuskeln und die Behinderung des Schlingens im Allgemeinen werden zum Schlusse des einleitenden Theiles besprochen.

Die Untersuchung mit Sonden, die Sondirung und Erweiterung der Stricturen und die Oesophagoskopie bilden den Inhalt des 2. Abschnittes.

Zur Untersuchung bedient sich Kraus ausschliesslich des Instrumentariums von Rosenheim, während er für die Operationen (Entfernung von Fremdkörpern, von Partikeln der Neubildungen etc.) dem Mikulicz-Hacker'schen Instrumente mit Leiter's Panelektroskop den Vorzug giebt.

v. Hacker führt die ungegliederten Röhren dem Patienten in sitzender Stellung ein und lässt ihn dann auf den Rücken niederlegen; dieser Vorgang ist nach Kraus der Methode Rosenheim's vorzuziehen, namentlich für Operationen.

Kraus selbst führt immer zunächst dem auf einen Schemel sitzenden Patienten den Tubus ein und wendet die Hacker'sche Methode nur in schwierigen Fällen an.

In den folgenden Abschnitten werden die angeborenen Erkrankungen, die Varicen mit den Blutungen aus denselben (welche bei schrumpfenden Processen in der Leber und auch in der Niere nicht gar so selten vorkommen), die Neurosen (Hyper-, Par- und Anaesthesie, Oesophaguskrampf, Cardiospasmus, Insufficienz der Cardia, Rumination und Lähmung) kritisch besprochen.

Sehr eingehender Erörterung werden die Erweiterungen unterzogen. Sie sind entweder allseitige Erweiterungen des Rohres (Ectasien) oder umschriebene Ausbuchtungen eines Theiles der Peripherie (Divertikel). Die Ectasie kommt oberhalb der Stenosen, aber durchaus nicht immer, und wenn schon, dann verschieden stark und meist erst nach längerer Zeit zu Stande und hat höchstens die Höhe von 10 cm. Noch seltener sind die gleichmässigen Ectasien der ganzen Speise-

röhre ohne anatomisch nachweisbares Canalisationshinderniss (paralytische Dilatation), in Folge von Cardiospasmus oder von Atonie der Wandungen oder von Atrophie der Vagi.

Von den Divertikeln ist das häufigste das Zenker'sche. Es heisst auch pharyngo-oesophageales Pulsionsdivertikel, sitzt bekanntlich an der Grenze des Pharynx und Oesophagus und entsteht durch Vorstülpung der Schleimhaut durch die hintere Wand des Oesophagus, wo derselbe an einer ca. 3 cm hohen Stelle keine Längsmuskeln besitzt. Diese Divertikel, welche gewöhnlich sehr langsam wachsen, aber bedeutende Grösse erreichen können, haben nur manchmal eine theilweise muskulöse Wand.

Kraus bespricht kritisch ihre Aetiologie, welche man theils auf angeborene, theils auf traumatische, theils auf functionelle Momente zurückführt, und neigt am meisten der Ansicht zu, dass erworbene Veränderungen und mechanische Einflüsse zusammen die Ursache sind. Entsteht doch meist das Divertikel im reiferen Alter bei Männern.

Für die Diagnose hat bis jetzt die Oesophagoskopie wenig geleistet, da die Besichtigung des Oesophagus in der Höhe des Ringknorpels am schwierigsten ist.

Das pharyngeale Pulsionsdivertikel ist leichter zu sehen, aber viel seltener. Das tiefliegende Divertikel sitzt gewöhnlich an der vorderen Wand nahe der Bifurcation und scheint aus Tractionsdivertikeln hervorzugehen. Die Symptome sind denen des Zenker'schen Divertikels ähnlich.

Die Rokitansky'schen Tractionsdivertikel entstehen durch Zug eines an der Aussenseite der Speiseröhre liegenden und mit ihr verwachsenen, verschrumpfenden Gewebes (am häufigsten einer Lymphdrüse).

Gewöhnlich liegen solche Lymphdrüsen unter dem rechten Bronchus vor der Speiseröhre. Diese Divertikel sind meist klein (selten nussgross) und verlaufen gewöhnlich ohne Symptome, können aber Sitz von Entzündung und Eiterung mit Durchbruch in die Nachbarschaft werden.

Nekrose des Oesophagus kommt als Decubitus über der Platte des Ringknorpels bei Inanition und protrahirter Rückenlage, dann durch Druck von Geschwülsten von aussen, durch Fremdkörper und Dauersonden von innen her zu Stande.

Auf die Einwirkung des Magensaftes sind die Oesophagomalacie, die Spontanruptur und das Ulcus pepticum zurückzuführen.

Als entzündliche Processe beschreibt Kraus den seltenen acuten und den etwas häufigeren chronischen Catarrh, die Leukoplakia, den follikulären Catarrh, die Epithelabstossung in Röhrenform, die fibrinöse, nekrotisirende, diphtherische und phlegmonöse Oesophagitis; die Tuberculose, Syphilis und Actinomycose bilden den Schluss dieses Capitels.

Unter den thierischen Parasiten werden ausser den zufällig gefundenen Würmern (Spulwurm und Blutegel) noch Fliegen, Wespen und Trichinen erwähnt.

Der Soorpilz kommt häufig vor. Von den Neubildungen ist das Carcinom am häufigsten. Es bedingt auch am öftesten Stenose und ist die practisch wichtigste Erkrankung; es befällt Männer 3mal so oft als Frauen. Es ist gewöhnlich primär und zeigt meist den Bau eines Plattenepithelkrebses. Drüsenkrebse sind

viel seltener. Gewöhnlich nimmt der Krebs nur Strecken von 3—10 cm Länge ein. Diffuse Infiltration ist die häufigste Form; tuberöse oder inselförmige Krebse sind sehr selten.

Der Krebs localisirt sich meist in der Gegend der Bifurcation, seltener am unteren und noch seltener am oberen Ende der Speiseröhre. Die Diagnose wird am sichersten mit Hülfe der Oesophagoskopie gestellt.

Dieses Capitel enthält genaue Angaben über Form und Aussehen der Neubildung (mit 16 photographischen Abbildungen von Musealpräparaten) über Symptome, Verlauf, Ausbreitung und Durchbruch in die Nachbarschaft, Todesursache, Diagnose und Therapie, welche sich einer eingehenden Besprechung entziehen.

Hervorgehoben sollen hier nur die Tabellen über Oesophagotomie und Gastrotomie werden, welche den Werth dieser Operationen in das rechte Licht setzen. Die Resection hat nur selten Aussicht auf Erfolg.

Die Dilatation durch Sonden giebt durchschnittlich gute Resultate. Von gutartigen Neubildungen werden die Papillome, Fibrome, Lipome, Myome, Sarcome, Cysten und Polypen kurz besprochen; einige davon sind abgebildet.

Verhältnissmässig kurz werden die Fremdkörper und Verätzungen mit den von ihnen bedingten Stenosen abgehandelt.

Jedenfalls ist das 322 Seiten starke Buch für jeden Arzt sehr lesenswerth und unentbehrlich für den Specialisten, da es die Fortschritte zeigt, welche die Oesophagoskopie in dem Studium der Krankheiten der Speiseröhre veranlasst hat.

Kraus, der keine chirurgischen Eingriffe vornimmt, hält das Oesophagoskop gerade wegen der Diagnostik für unentbehrlich. Druck und Ausstattung sind tadellos. Literaturangaben sind reichlich vorhanden.

O. Chiari (Wien).

---

b) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. November 1903.

Fliess berichtet über 12 Fälle von Ozaena, die er mit Paraffininjectionen behandelt und wenigstens symptomatisch gebessert hat. Nach Reinigung der Nase injicirt er mit der Eckstein'schen Spritze, deren Canüle bajonetförmig abgebogen, in die untere Muschel erst hinten und dann vorne oder, wenn bei hochgradiger Atrophie das nicht möglich, in das Septum ca. 0,3 g Paraffin mit einem Schmelzpunkte von 52° C.

Er hat bei den bisher vorgenommenen 32 Injectionen keine erheblichen unangenehmen Zufälle erlebt; einige Male klagten die Patienten über Schmerzen in der Umgebung der Nase und in der Stirn, die unter Ruhe und kalten Umschlägen in spätestens 48 Stunden schwanden; einmal zeigte sich ein vorübergehendes Infiltrat zwischen den Augenbrauen.

In einem Falle von „Ansaugen der Nasenflügel“ hat er durch Injection in diese einen guten Erfolg erzielt.

Flatau glaubt nicht, dass die Paraffininjectionen in eine hochgradig atrophirte Muschel möglich sind.

Eckstein: Die Injectionen sind gefahrlos, wenn man schwer schmelzbares Paraffin verwendet, da bei solchem, dessen Schmelzpunkt über 45° C. beträgt, nie eine Embolie beobachtet worden ist.

Peyser: Da die Abgrenzung des eingespritzten Paraffins von grosser Bedeutung, so dürfte sich für die endonasalen Injectionen die hintere Tamponade empfehlen.

Herzfeld: Vorsicht ist bei dieser Behandlung durchaus am Platze; kann man nicht zwischen Schleimhaut und Knochen der Muschel eindringen, so injicirt man zum Zweck der Verengerung der Nase in das Septum oder in den Nasenflügel. Nach den Injectionen sind die Patienten so gebessert, dass sie nur noch alle 2 bis 3 Tage die Nase auszuspritzen oder Natr. sozojodol-Pulver anzuwenden brauchen.

E. Meyer: Sollten die Injectionen durch Druck auf die Schleimhaut seine Ernährung nicht verschlechtern?

Eckstein: Manchmal zeigte sich das Paraffin zwischen den Augen oder es entstand eine leichte Phlebitis, aber sie blieb ohne Folgen.

Lublinski: Bei Verwendung grösserer Quantitäten sahen französische Autoren üble Folgezustände.

Fliess's erste Injectionen liegen drei Monate zurück.

E. Meyer zeigt 1. ein taubeneigrosssses Fibrom, das zwischen den beiden Schleimhautblättern der Epiglottis eingebettet lag, und das er auf autoskopischem Wege mit der galvanokaustischen Schlinge entfernt hat; es machte keine Athembeschwerden, weil der Kehldeckelknorpel es vom Larynxeingang fern hielt. Mikroskopisch zeigte es eine bindegewebige Grundlage, Fetteinlagerung und erweiterte Gefässe.

2. Ein Präparat von Nekrose des Oberkiefers; es stammt von einer Patientin, die an Nasenverstopfung litt; beide Nasenhöhlen waren mit stinkendem Secret angefüllt, die unteren Muscheln und das Septum mit nekrotischen Fetzen bedeckt, unter denen nekrotischer Knochen lag. Am harten Gaumen allmälig wachsende Ulceration, die auf einen nekrotischen Knochen führte; solcher fand sich auch in der Kieferhöhle.

Die Aetiologie ist unklar, keine Lues, keine Phosphoreinwirkung, keine Streptokokkeninfection.

Peyser fand bei einem Kinde Nekrose des harten Gaumens und der Schläfengrube in Folge von Scharlach.

Treitel sah die Nekrose in der Nase und Stirnhöhle nach Lues auftreten.

Landgraf beobachtete bei einem 25jährigen Manne eine Nekrose in der Nase und am harten Gaumen; Lues war nicht nachweisbar; eine gleichzeitig bestehende Kniegelenksentzündung wurde als tuberculös angesprochen.

Finder zeigt die mikroskopischen Präparate eines taubeneigrossen aus dem Nasenrachen eines 8jährigen Mädchens entfernten Tumors, der in seinem oberen Theil den Eindruck einer vergrösserten Rachenmandel machte, während die untere beim Heben des Gaumensegels unmittelbar sichtbar gewesene Partie einen papillären Bau zeigte. Mikroskopisch verificirte man den ersteren als

adenoides Gewebe; dasselbe fand sich aber auch in den fingerförmigen, papillomatösen Auswüchsen.

F. glaubt diese zapfige Veränderung zurückführen zu können auf die durch die Bewegungen des Velum auf den unteren Theil der Geschwulst ausgeübte Reizung.

Peyser demonstrirt eine Patientin mit Lähmung des linken Stimmbandes, an dem sich ein bis an den Ventrikel reichender, das Stimmband zum grössten Theil verdeckender glasheller, bohnengrosser röthlicher Tumor inserirt. Patientin ist wegen Peripleuritis und tuberculöser Nekrose der Rippen und des Sternum operirt worden und leidet an Arteriosklorose. Aktinoskopisch zeigt sich ein substernaler Tumor.

Die Ursache der Lähmung sind wohl tuberculöse Drüsen.

Scheier demonstrirt das Bild einer Patientin mit angeborener rechtsseitiger Choanalatresie, bei der die rechte Gesichts- und Körperhälfte in der Entwickelung zurückgeblieben ist; das Septum ist nach rechts ausgebogen; der harte Gaumen ist nicht spitzbogig.

Sitzung vom 27. November 1903.

Holz stellt einen Patienten mit diffusser Venektasie des Rachens vor.

Musehold: Ueber die Bedeutung und die Grenzen der Kehlkopfphotographie.

Die Bedeutung der Kehlkopfphotographie liegt in der naturwahren Wiedergabe des Kehlkopfbildes, welche nur selten durch eine Handzeichnung erreicht wird. Gerade die durch Drehung und Neigung des Spiegels entstehenden Theilbilder sind zur Demonstration und zum leichteren Verständniss der räumlichen Verhältnisse und ganz besonders zur Anregung, den Kehlkopf individuell zu betrachten, von sehr grossem Werth. Dazu aber müssen naturwahre Bilder, Photographien zum dauernden Vergleich vorliegen. Solcher Vergleich erleichtert die Lösung von noch schwebenden wissenschaftlichen Fragen z. B. über die Beziehungen zwischen dem Relief des gesunden Kehlkopfes zu seiner Stimmleistung. Zweifellos gehören doch zum Sängertalent auch organische Eigenschaften des Kehlkopfes, die uns vorläufig noch nicht bekannt sind. Zur Erledigung solcher Fragen bedürfen wir auch der Hülfe der Photographie.

Die Schwierigkeit derselben dürfen uns nicht davon abschrecken. Dieselben sind bedingt durch physikalische Gesetze und die anatomische Beschaffenheit der in Betracht kommenden oberen Luftwege. Bei der Tiefe des Kehlkopfes von 5 cm sind möglichst naturgrosse Bilder immer nur in einem Theil derselben gleichzeitig scharf zu photographiren. Sollen Totalansichten erzielt werden, so müssen Objective kleinerer Brennweite angewendet werden. Diese Bilder sind aber sehr klein und müssen vergrössert werden. Dicke Zunge, Rückwärtslagerung des Kehldeckels, grosse Reizbarkeit des Rachens erschweren das Photographiren des Kehlkopfes ungemein und machen, wenn Cocain nicht die Wege öffnet, dasselbe unmöglich, weil das Kehlkopfbild zu kurze Zeit sichtbar ist beziehungsweise zu wenig Licht in den Kehlkopf gelangt und vom Zungenrücken störende Lichtreflexe ver-

breitet werden. Zu allem kommt noch die durch die Einschiebung des Apparates zwischen das Auge des Untersuchers und den Untersuchten nöthige gestreckte Haltung des Armes, welche eine grosse Uebung erfordert. Als Lichtquelle empfiehlt M., so lange das electrische Licht noch nicht immer und billiger erhältlich, den Magnesiumblitz und das Sonnenlicht; das Letztere ist besonders dann am Platze, wo es sich um kürzeste Belichtung z. B. bei Serienaufnahmen handelt. Vorläufig empfiehlt M. statt der Serie die stroboskopische Aufnahme einer Schwingungsphase durch wiederholte Belichtung. Dabei bemerkte M., das die Phase des Glottisschlusses leichter einzustellen ist als die der Glottisöffnung. Er schliesst daraus, dass die erste Phase länger dauert als jede andere. In der graphischen Darstellung der Curve würde dieselbe statt eines Punctes eine gerade Linie darstellen, so dass bei geringen Differenzen im Gang des Motors oder im Halten des Tons immer noch dieselbe Phase getroffen wird.

Zur Erleichterung des Photographirens hat M. seinen auf dem Fernrohrprincip beruhenden Apparat von der Länge 22,5 cm auf 11 cm dadurch verkürzt, dass die durch das Objectiv gedrungenen Lichtstrahlen dicht hinter demselben durch ein unter 45 pCt. geneigtes Spiegelglas nach oben in die Camera geleitet werden, während der Einstellung ist die Camera durch Momentverschluss gegeschlossen, zur Belichtung der Platte wird sie pneumatisch geöffnet und gleich darauf der Magnesiumblitz ausgelöst.

Ausser diesem mit einem Objectiv grösserer Brennweite versehenen Apparate benutzt M. zur Anfertigung von Totalansichten noch einen kleineren älteren Systems mit einem Goerzobjectiv von 6 cm Brennweite.

Demonstration sehr gelungener und instructiver Lichtbilder.

Sitzung vom 11. December 1903.

Peyser stellt einen Patienten vor, den er wegen doppelseitigen Stirnhöhlenempyems, nachdem Ausspülungen nur vorübergehenden Erfolg gebracht hatten, rechtsseitig nach der Killian'schen Methode operirt und damit eine dauernde Heilung und ein gutes kosmetisches Resultat erzielt hat. Die linke Stirnhöhle reichte weit über die Mittellinie hinaus und wurde nach Eröffnung der rechten von hier aus ausgekratzt. Trotzdem ihre knöchernen Wände stehen blieben und die frontalen Siebbeinzellen nicht entfernt wurden, ist auch sie vollkommen gesund geworden und geblieben. Die noch bestehende mässige Einziehung der Haut über der rechten Stirnhöhle will er durch Paraffininjectionen beseitigen.

E. Meyer hat mit der demnächst zu veröffentlichenden Methode von Burchardt, die eine Modification des Kuhnt'schen Verfahrens darstellt, bessere kosmetische Resultate erzielt.

Claus zeigt eine modificirte Hajek'sche Zange, die die herausgeschnittenen Knochenstückchen auch gleich herausfallen lässt, weil die untere Branche offen ist und sich trichterförmig erweitert; ein zweites Instrument, dass er vorzeigt, eine an einem mit Lippenhalter versehenen Gestänge befestigte die Gaze enthaltende Trommel, gestattet die aseptische Tamponade der Kieferhöhle ohne Assistenz.

M. Lewy stellt einen Patienten vor, bei dem infolge einer basalen intracraniellen Erkrankung eine rechtsseitige Parese des Olfactorius, Opticus, Oculomotorius, des Hygoglossus, des motorischen Facialis des Gaumensegels, des laryng. sup. und Medianstellung des rechten Stimmbandes eingetreten war. Der Puls ist etwas beschleunigt; im rechten Arm und Bein bemerkt Pat. zeitweilig durchschiessende Schmerzen. Da bei gleichzeitiger Lähmung des laryng. sup. das Stimmband in Medianstellung steht, spricht dieser Fall gegen die Grossmann-sche Theorie.

Kuttner: Es handelt sich in diesem Falle nicht um Median- sondern um Cadaverstellung, was auch bei der vollständigen Lähmung des laryng. sup. nicht auffällig; dieser Fall könne aber gegen Grossmanns Auffassung nicht verwerthet werden.

B. Fränkel hält ebenfalls die Stellung des Stimmbandes nicht für eine Medianstellung, da das gesunde Stimmband die Mittellinie überschreitet.

Lewy: In jedem Falle handelt es sich um keine volle Cadaverposition.

Kuttner: Dieser Begriff ist ja schwankend, aber jedenfalls ist es keine Medianstellung.

Grabower: Das Stimmband steht jedenfalls der Medianstellung nahe; es braucht sich ja auch nicht um eine volle Recurrenslähmung zu handeln; es könnte ja eine beginnende sein.

Sturmann stellt einen Patienten vor, bei dem eine aus dem Ventrikel kommende Schleimhautmasse beiderseits das Stimmband bedeckt hatte, so dass er den Fall als Prolapsus ventriculi ansprach. Nach Inhalation und Ruhe hat sich derselbe fast vollkommen zurückgebildet. Jetzt sieht man nur noch, dass bei der Exspiration die Schleimhaut sich etwas vorwölbt, um dann gleich wieder zu verschwinden.

Scheier: Zur Physiologie der Rachen- und Gaumenmandel.

Sch. bespricht die verschiedenen Theorien über die Physiologie des Waldeyer'schen Rachenringes, die Phagocytose, Schutzwirkung, den Einfluss auf die Verdauung, die blutbildende Thätigkeit u. s. w.

Er injicirte Kaninchen ein von hypertrophischen menschlichen Mandeln gewonnenes und in physiologischer Kochsalzlösung gelöstes Extract und constatirte eine starke Blutdruckherabsetzung.

Während Nebennierenextract eine starke aber nach 2—5 Minuten wieder schwindende Blutdruckerhöhung erzeugt, bleibt hier die Herabsetzung längere Zeit bestehen. Es gelang ihm die eigentlich wirksame Substanz des Extractes zu isoliren. Einige Tropfen derselben erniedrigen den Blutdruck bedeutend und verstärken den Herzschlag. Ihre Einwirkung auf Athmung, Blutzusammensetzung u. s. w. wurde am Froschherzen studirt.

Finder: Masini hat ganz ähnliche Versuche angestellt und ist zu entgegengesetztem Resultat gekommen.

B. Fränkel und Heymann warnen davor, aus Sch.'s Untersuchungen praktische Schlussfolgerungen zu ziehen.

Katzenstein glaubt an die Wahrscheinlichkeit einer Verunreinigung des Extractes durch zahlreiche Bacterien.

Scheier will ebenfalls zuvörderst keine für die Praxis massgebenden Schlüsse aus seinen Untersuchungen ziehen; Injectionen von Bacillenauflösungen machen aber keine Blutdruckverminderung. A. Rosenberg.

---

c) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 29. Januar 1903.

Vorsitzender: v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

v. Navratil: Fall von Trachealstenose, geheilt mittelst Transplantation eines Hautperiostknochenlappens.

24jähriger Arbeiter erkrankte vor 7 Jahren an Heiserkeit, Aphonie, später Schwerathmigkeit. Wegen Erstickungsanfälle Laryngotomie. Nach der Operation Fieber und die Wunde eiterte 6 Wochen. Im Herbste 1901 suchte er meine Abtheilung auf.

Beide Crico-ary-Gelenke ankylotisch, aryepiglottische Falten und Taschenbänder geröthet und geschwollen. Die Stimmritze vollkommen geschlossen, Schleimhaut von glatter Oberfläche. Lues, Tuberculose ausgeschlossen.

Versetzung der Canüle vom Larynx tief in die Trachea. Rückbildung der Schwellung, Stimmritze sichtbar, Kranker athmet eine Stunde bei verstopfter Canüle. O'Dwyer'sche Intubation bis No. 13. Pat. verlässt nach einem halben Jahre das Spital.

Nach 5 Monaten zurückgekehrt konnte Pat. 8 Stunden bei verstopfter Canüle athmen, Crico-ary-Gelenke noch ankylotisch, Lumen und Stimmritze bedeutend weiter, Hyperämie fast geschwunden.

Bei Intubation mit No. 11—13 zeigte sich ein Widerstand an Stelle des ersten Trachealringes. Laryngofissur am 20. November 1902.

An besagter Stelle in Folge Knorpelnekrose entstandene narbige Laryngo-Tracheostenose.

Die Narbe wurde excidirt, der Defect mit einem vom Schlüsselbeine genommenen Haut-Periost-Knochenlappen ersetzt. Der Lappen blieb haften und fühlt sich hart an.

Intubation am 5. December mit No. 15, jetzt mit No. 17. Athmung bei verstopfter Canüle völlig frei, selbe wird entfernt.

v. Navratil: Fall primärer (?) Kehlkopftuberculose.

45jährige Frau, seit 4 Jahren heiser und seit Juni 1902 Athembeschwerden.

Gegenwärtig ist das Athmen stenotisch, Lippen cyanotisch. Taschenbänder geröthet, geschwollen, sich berührend. Hier wie unter dem linken Taschenband ein kleinbohnengrosses, flottirendes, mit gerötheter, glatter Oberfläche versehenes Läppchen sichtbar. Wegen hochgradiger Cyanose Tracheotomia inferior.

Excision aus der Interarytenoidalgegend und des flottirenden Läppchens unter dem Taschenbande erwies sich als tuberculöse Wucherung. Lungen normal, kein Husten, kein Auswurf. Zeichen von Lues nicht vorhanden. Nach 2 Wochen verlässt Pat. mit Canüle die Abtheilung.

15. Januar d. J. meldet sie sich wieder; bei verstopfter Canüle athmet Pat. durch den Mund frei. Die Schwellung ist fast gänzlich zurückgegangen, beide Stimmbänder sichtbar, Crico-ary-Gelenke frei beweglich. Granulationen nicht sichtbar. Canüle wird entfernt. Dieser Fall ist ein sehr seltener, da nur im Larynx tuberculöse Granulationen gefunden wurden.

Onodi: Struma accessoria baseos linguae.

26jährige Frau hatte am Zungengrunde eine haselnussgrosse harte Geschwulst, welche Schluckbeschwerden verursachte, später Schlaflosigkeit. Nach Entfernung der Geschwulst fühlte sich Pat. wohl. Die mikroskopische Untersuchung stellte die Diagnose fest.

Baumgarten: Weisse Flecken an den Stimmbändern bei Influenza-Laryngitis.

25jähriger Pat. hatte auch im Vorjahre nach Influenza weisse Flecke, die nach 14 Tagen verschwanden. Jetzt sind wieder solche sichtbar, welche Vortr. für Epitheltrübungen hält.

Baumgarten: Rheumatische Affection des rechten Crico-aryt.-Gelenkes.

30jähriger Pat. ist heiser und hat Schmerzen im Kehlkopf. Das rechte Stimmband, Taschenband und ary-epiglottische Falte geschwellt. In 10 Tagen bildet sich die Schwellung fast ganz zurück und da sich auch an anderen Gelenken Zeichen von Rheumatismus zeigen, hält Vortr. auch den Process im Larynx für dieselbe Affection.

Lipscher: a) Sarcoma pharyngis.

44jähriger Schmied, hühnereigrosse Geschwulst der rechten Mandelgegend, auf dem Arcus ein tiefer, kraterförmiger Substanzverlust. Behinderung der Sprache und des Schluckens. Von Drüsen keine fühlbar.

b) Carcinoma epithel. pharyngis.

54jähriger Schuster, auf dem rechten Arcus ein 5 kronengrosses Geschwür mit scharfen, aufgeworfenen Rändern, grauem Detritus und tiefen Pfröpfen. Submaxillardrüsen vergrössert, Schlucken schmerzhaft.

Mikroskopische Untersuchung bekräftigte in beiden Fällen die Diagnose.

Sitzung vom 26. Februar 1903.

Vorsitzender: v. Navratil.
Schriftführer: Lipscher.

v. Navratil: Fall einer Kehlkopfgeschwulst.

58jähriger Lehrer, schon seit 1892 heiser, verlor 1901 seine Stimme gänz-

lich. Im Juni 1901 kam er auf meine Abtheilung. Stimmbänder höckerig infiltrirt, linkes Arygelenk ankylotisch, rechtes schwer beweglich. Entfernung der Höcker. Histologischer Befund lautete auf Carcinom. Operation wird verweigert. Im November v. J. erschwertes Athmen, den 3. Januar Tracheotomie.

Die mit glatter Schleimhaut bedeckten Taschenbänder bedeutend geschwollen, Stimmritze $1^1/_2$ mm. Die rechte Larynxhälfte kaum beweglich, linke völlig immobil. Submaxillardrüsen frei, keine Metastasen. Keine Schmerzen, auch nicht beim Schlucken, Appetit gut. Lungen normal, Sputum negativ, Lues ausgeschlossen. Nach 3 Monaten beiderseits Metastasen. Aus der Canüle blutiger übelriechender Auswurf. Mikroskopische Untersuchung constatirte Epithelialcarcinom.

Baumgarten: Speichelstein seltener Grösse.

45jähriger Patient, Mundboden links bedeutend geschwellt, starker Speichelfluss, Sprache unverständlich, grosse Schmerzen, Submaxillardrüse geschwollen. Eröffnung der Geschwulst, in einem Eitersack der Stein, gelblich-weiss, rauh, an den Enden conisch, 2 cm lang, $1^1/_2$ cm breit und wiegt 1,28 g.

Baumgarten: Einseitige Posticuslähmung und Transversuslähmung.

15jähriges, skrophulöses Mädchen mit linksseitiger Posticuslähmung. Brustorgane normal, daher wahrscheinlich Druck einer Drüse auf den Recurrens. Das linke Stimmband steht bei der Inspiration unbeweglich in der Mittellinie, bei der Phonation im hinteren Drittel. Glottis klaffend in Dreieckform. Also schon Transversuslähmung.

A. Fischer: Operirter Fall eines Zungengaumencarcinoms.

41jähriger Tagelöhner, nussgrosser Tumor an der linken Hälfte des Zungengrundes, der sich auf den linken vorderen Gaumenbogen, Tonsille und hinteren Gaumenbogen erstreckt; Mitte exulcerirt. Diagnose histologisch festgestellt. Vorhergehende Tracheotomie, temporäre Resection des Unterkiefers im Angulus und Exstirpation der Geschwulst und der regionären Drüsen. Halbes Jahr nach der Operation kein Recidiv.

Sitzung vom 12. März 1903.

Vorsitzender: Lichtenberg.
Schriftführer: Zwillinger.

Demonstrationen:

1. v. Navratil: Doppelseitige Recurrenslähmung, verursacht durch mediastinalen Tumor.

56jähriger Landmann. Kachektisches Aussehen. Seit 2 Jahren heiser, vor 3 Monaten entstand über dem sternalen Ende des linken Schlüsselbeines eine schmerzlose Geschwulst. Athem erschwert. Beide Stimmbänder in Mittelstellung, Stimmritze schief nach links gestellt, von 2 mm Durchmesser. Geschwulst nussgross, fluctuirend, die Haut verdünnt, in der Umgebung mit bläulich durchschim-

mernden Venen. Dieselbe wurde eröffnet; die entleerten bröckligen Massen erwiesen sich als Granulationsgewebe. Die Sonde führt 10 cm in das Mediastinum. Aller Wahrscheinlichkeit nach ein bösartiger mediastinaler Tumor.

2. Fischer: Operirtes Sarcom des Nasenrachenraumes.

17jähriger Bursche litt seit einem halben Jahre an Nasenverstopfung und häufigem Nasenbluten. Die linke Nasenhälfte sowie das Cavum war von einer festen Tumormasse ausgefüllt, der Gaumen nach vorne gedrängt.

Operation nach der Bruns'schen Methode. Vor der Operation präventive Tracheotomie. Da der Tumor in die Highmorshöhle hineingewachsen war, wurde dieselbe geöffnet und aus derselben der Tumor herausgehoben. Blutstillung mittelst Tamponade. Die Heilung gelang; wie der demonstrirte Fall zeigt, ein vollkommener cosmetischer Erfolg.

Sitzung vom 26. März.

1. E. v. Navratil: Wegen acuter Laryngitis Laryngotomie, darauffolgende beiderseitige Anchylose, Tracheotomia inf., Heilung.

Bei dem 46jährigen Manne wurde wegen Laryngitis acuta vor 10 Monaten die Laryngotomie gemacht. Behufs Entfernung der Canüle liess sich Patient aufnehmen. Die dünne Kautschukcanüle stak im Larynx in der Höhe der Stimmbänder. Patient athmet schwer, hustet viel. Larynxeingang verschwollen, Stimmbänder nicht sichtbar, Arygelenke fixirt. Sputum negativ. Tiefe Tracheotomie. Nach 3 Wochen Rückbildung der geschwollenen Massen, nach 4 Wochen athmet Patient bei verschlossener Canüle, Entfernung derselben; Larynx, Trachea normal, Athmung durch den Mund.

2. Lipscher: Tuberculöser Tumor des Zungengrundes.

17jähriges Mädchen; über den Lungenspitzen geringe Dämpfung, diffuse bronchiale Geräusche, im Sputum Tuberkelbacillen.

Nahe dem Zungengrunde ein nussgrosser Tumor, in der Mitte derselben kraterförmiges Geschwür. Die Epiglottis geröthet, geschwollen, so auch das linke Stimmband. Schlucken erschwert. Husten mässig. Temperatur normal.

In einigen Tagen musste wegen Athemnoth die Tracheotomie gemacht werden. Nach 6 Wochen bildeten sich Geschwür, Tumor wie auch die Anschwellungen und Oedem im Larynx zurück. Patient athmet frei, Decanulement.

3. Irsai: Herpes pharyngis, laryngis et linguae.

35jährige Frau, seit 8 Tagen Schlingbeschwerden, Temperatur 39°. An der rechten Hälfte des weichen Gaumens hirsekorngrosse Bläschen, ebenso an der linken Seite der Zunge und Epiglottis. Nach Eispillen und anästhesirenden Pinselungen Erleichterung.

4. Derelbe: Fall von Rhino-Laryngosklerom.

18jährige Kranke, Sklerom der Nase und des Kehlkopfes. Diagnose bacteriologisch nachgewiesen.

5. Onodi: Olfactometer. Apparat zur Bestimmung des Geruchsvermögens. Wo detaillirte und genaue olfactometrische und odorimetrische Untersuchung angezeigt, bleibt jedoch der Zwaardemacker'sche in Anwendung.

Discussion:

Pollacsek: Mit dem Instrument kann wohl bestimmt werden, ob Geruchsvermögen vorhanden sei, genauere Bestimmung jedoch nicht.

Nómai: Nelkenöl, Cocain, Aether, Terpentin u.s.w. genügen, das Geruchsvermögen zu bestimmen.

Onodi: Das Instrument hat denselben Zweck wie das Reutter'sche — rasche Orientirung. v. Navratil.

---

d) Verhandlungen der British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 11. Juli 1902.

Vorsitzender: J. Macintyre.

Wyatt Wingrave stellt einen Fall von doppelseitiger Abductorlähmung bei einem 7jährigen Knaben vor. Es bestand vier Jahre lang völlige Aphonie, die plötzlich entstanden war. Nach einer Faradisation wurde die Stimme für immer hergestellt.

W. Kelson: Ein Fall von fast geheiltem tuberculösem Geschwür der Trachea.

Das sehr grosse Ulcus ist in grosser Ausdehnung unter intratrachealen Injectionen von Kreosot und Guajacolöl geheilt. Tuberkelbacillen sind nachgewiesen.

Dundas Grant: Glastube zur Inhalation von pulverförmigen Substanzen in den Kehlkopf.

Die Glastube ist in Fällen schwerer Kehlkopftuberculose zur Inhalation eines Pulvers benutzt worden, das aus 1 Theil Resorcin und 2 Theilen Orthoform bestand.

Dundas Grant: Fall von wahrscheinlich angeborenem Kehlkopfpapillom; Entfernung im Alter von 22 Jahren.

Der Fall betrifft eine junge Frau, die seit dem Alter von 4 Monaten eine Tracheotomiecanüle trägt; sie hat niemals in ihrem Leben einen tönenden Laut von sich gegeben. G. entfernte ein sehr grosses Papillom aus dem Larynx und schloss dann die Trachealfistel durch eine plastische Operation. Pat. erhielt dann Unterricht in Stimmbildung und war bald im Stande, mit lauter tönender Stimme zu sprechen.

Kelson bemerkt, dass hier ein Fall vorliegt, in dem die Tracheotomie keineswegs irgend welchen heilenden Einfluss auf das Papillom gehabt hat.

Lennox Browne: Ein Fall von Keratose der Tonsille.

28jähriger Mann, die Tonsillen wurden entfernt und die mikroskopische

Untersuchung ergab ein typisches Bild von Keratose ohne Anwesenheit von Leptothrix.

Wyatt Wingrave: Mikroskopische Präparate von Keratose der Tonsille.

Die Verbindung der Keratose mit Leptothrix war eine rein zufällige. Die Krankheit war im Wesentlichen eine chronische lacunäre Tonsillitis von desquamativem Typus, charakterisirt durch üppiges Wachsthum des Plattenepithels der Lacunen, das in Verhornung übergeht und entweder zu papillomatösen Gebilden oder zur Bildung einer geschichteten Partie an der Oberfläche führt. Letztere ist wohl zu unterscheiden von den käsigen Cysten, die durch Degeneration von Leukocyten und anderen entzündlichen Producten in den Lacunen entstehen. Sind diese käsigen Massen an der Oberfläche vorhanden, so sind sie voller Leptothrixfäden und dies ist die Form, die allgemein als Mykose der Mandeln bekannt ist. Diese käsigen Massen können leicht entfernt werden, wohingegen die wahre Keratose fest anhaftet.

Leptothrix bei Keratose fand sich selten. W. gelangte daher zu der Ueberzeugung, dass dieser Mikroorganismus nicht den ihm zugeschriebenen ursächlichen Zusammenhang mit gewissen Formen chronischer Tonsillitis hat.

Dundas Grant findet den Ausdruck „Keratose" für ganz besonders geeignet, den Zustand zu bezeichnen.

Jobson Horne ist gleichfalls der Ansicht, dass Leptothrix sich nur in der Rolle eines Saprophyten findet.

Chichele Nourse entgegnet, dass die Krankheit sich durchaus nicht immer auf die Crypten der Tonsillen begrenzt.

Macintyre demonstrirt Photographien eines grossen Elektromagneten, der von ihm angegeben ist, um metallische Fremdkörper aus den oberen Luftwegen zu extrahiren.

Ferner demonstrirt er Photographien eines schnell wachsenden Epithelioms der Nase, das er operirt hat. Die Geschwulst bestand seit mehreren Jahren, sass auf dem Nasenrücken und erwies sich nach der Exstirpation als ein Plattenzellen-Epitheliom.

Sitzung vom 7. November 1902.

Vorsitzender: Wyatt Wingrave.

Macintyre: Fremdkörper des Oesophagus.

Ein Pennystück wurde von einem 10jährigen Kinde verschluckt, der Sitz wurde durch X-Strahlen bestimmt und in Chloroformnarkose mittels des Mikulicz'schen Oesophagoskops entfernt.

Mayo Collier: Fall von bösartiger Kehlkopfgeschwulst.

Das erste wahrnehmbare Symptom war die Bildung eines Abscesses am Halse.

Mayo Collier: Fall von Myxo-Sarcom in der Nasenhöhle.

59jähriger Mann mit starker Obstruction im oberen Theil der linken Nase.

Back u. Stuart-Low sprechen über die unbefriedigenden Resultate von Operationen in diesen Fällen.

Macintyre berichtet über einen Fall von bösartiger Neubildung, die beide Nasenhöhlen ausfüllte und das Septum zerstörte; dieselbe war unter Einwirkung von X-Strahlen zum Verschwinden gebracht worden. Der Fall ist ausführlich im Glasgow Medical Journal (November 1902) mitgetheilt.

Mayo Collier: Fall von hochgradiger Verbiegung der Nase.

Die linke Nasenhöhle ist seit 14 Jahren durch eine Septumverbiegung verschlossen. Die Nasenspitze sieht nach dem rechten Auge. Durch Operation ist die Nase fast gerade gerichtet und Pat. ist im Stande, ausgiebig durch die Nase Luft zu holen. Es sind keinerlei mechanische Hülfsmittel angewandt worden.

Mayo Collier: Fall von wanderndem Ausschlag auf der Zunge.

Es besteht seit einigen Jahren Empfindlichkeit der Zungenoberfläche. Besserung trat ein nach Bepinselung mit starken Chromsäure-Lösungen und Wiederherstellung der Nasenathmung.

Abercrombie: Fall von Naevus der Uvula, des Gaumens, Rachens und der Zunge.

Der bei der 18jährigen Pat. auf der linken Seite des Rachens befindliche Naevus umfasste die Hälfte der Uvula, den weichen Gaumen, den vorderen Gaumenbogen, die Seite der Zunge, die Epiglottis und die Aryknorpelgegend. Es fand sich auch ein rother Fleck am rechten vorderen Gaumenbogen und ein anderer an der Unterfläche der Zunge.

Wyatt Wingrave: Fall von Pachydermia laryngis.

Mann von 40 Jahren mit plethorischem Habitus. Der Larynx war voller Borken, nach deren Entfernung eine deutliche allgemeine Verdickung der Schleimhaut sichtbar wurde. Es wurde rein alkoholische Salicylsäurelösung applicirt mit nachfolgendem Spray derselben Lösung mit Boraxzusatz. Unter dieser Behandlung ging die Epithelauflagerung zurück.

Redner schlägt für diese Affection die Bezeichnung „chronische desquamative Laryngitis" vor.

Mayo Collier glaubt, dass der Fall alkoholischen oder syphilitischen Ursprungs sei.

Jobson Horne spricht sich gegen jede locale Behandlung aus.

Jobson Horne: Neubildung der Epiglottis mit Zerstörung der Epiglottis.

57jähriger Mann, der seit 2 Jahren über Halsbeschwerden klagt. An der rechten Seite des Kehlkopfes fand sich eine kleine, wallnussgrosse Geschwulst.

Die Epiglottis war zum Theil zerstört, Drüsenschwellungen bestanden nicht. Jodkali übte keinen Einfluss aus.

Mayo Collier meint, die lange Dauer des Leidens weise auf Syphilis hin und räth zu Calomel und Quecksilberinunctionen.

Kelson dagegen hält den Fall für einen solchen von Tuberculose.

Jobson Horne: Fall von Fixation der rechten Stimmlippe.

70jähriger Mann mit Dysphagie. In der rechten Supraclaviculargrube war eine Drüse fühlbar. Eine Schlundsonde passirte ohne Schwierigkeiten.

Kelson glaubt an eine maligne Erkrankung am unteren Ende des Oesophagus.

Stuart-Low demonstrirt ein anatomisches Tonsillotom.

E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Sir Philip Smyly †.

Am 8. April starb an einer Gehirnblutung Sir Philip Smyly (Dublin) im Alter von 66 Jahren. Er gehörte zu den Pionieren der Laryngologie in Grossbritannien und functionirte s. Z. als Präsident der British Laryngological Association, betrieb die Laryngologie aber nur als Nebenbeschäftigung und ist literarisch auf ihrem Gebiete nicht hervorgetreten.

Dr. J. E. Schadle ist zum Professor der Laryngologie und Rhinologie an der Universität von Minnesota ernannt worden.

Dr. W. K. Simpson ist zum Nachfolger von Prof. Lefferts als Professor der Laryngologie am College of Physicians and Surgeons in New York ernannt worden.

Dr. D. Bryson Delavan ist als Laryngologe und Dr. Emil Mayer als mithelfender Laryngologe am New Mount Sinai Hospital in New York angestellt worden.

Unserem verehrten Mitarbeiter, Prof. George Lefferts, wurden bei seinem Ausscheiden aus der Stellung als Professor am New York College of Physicians and Surgeons am 28. März seitens seiner Assistenten und Studenten Ehrengaben in Gestalt zweier silberner Liebesbecher dargebracht. Der Gefeierte dankte in einer Ansprache an die Geber.

Die Garcia-Feier.

Wir freuen uns, unseren Lesern mittheilen zu können, dass der hervorragendste englische Portraitmaler, Mr. John Sargent R. A., es übernommen hat, das Portrait auszuführen, das unserem Altmeister D. o. am 17. März nächsten Jahres als Ehrengabe der laryngologischen und musikalischen Welt überreicht werden soll. — Im Laufe dieses Monats wird die Londoner laryngologische Gesellschaft auf die Festfeier bezügliche Mittheilungen an die anderen laryngologischen Gesellschaften und Specialjournale ergehen lassen.

Special-Congresse und -Gesellschafts-Sitzungen.

Es laden zu ihren Sitzungen ein:	Ort und Zeit der Sitzung:
1. Die belgische oto-laryngo-rhinologische Gesellschaft. (Mittheilungen an Dr. Delsaux, Generalsecretair, 260 Avenue Louise, Bruxelles, zu richten.)	11. und 12. Juni 1904. Hôpital Saint Pierre. Brüssel.
2. Die laryngo-otologische Section der British Med. Association. (Mittheilungen an Dr. Jobson Horne, 27 New Cavendish Street, W. London.)	27. bis 29. Juli 1904. Oxford.
3. Die italienische oto-laryngo-rhinologische Gesellschaft. (Mittheilungen an Dr. Ottavio Lunghini, Siena.)	September 1904, Siena. (Vereint mit historischer Ausstellung über die Entwicklung der Specialitäten.)
4. Section für Hals- und Nasenkrankheiten der 76. Deutschen Naturforscherversammlung. (Mittheilungen an Dr. Oskar Brieger, Allerheiligenhospital, Breslau,	18. bis 24. September 1904. Breslau.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

// Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, Juni. 1904. No. 6.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **V. Maar. Ueber den Einfluss der die Lungen passirenden Menge Blutes auf den respiratorischen Stoffwechsel derselben. Studie.** *Arch. f. Physiol. Bd. XV. 1. u. 2. H. S. 1.*

Aus den Versuchen M.'s geht hervor, dass die durch Durchschneidung des N. vagus hervorgerufenen Aenderungen des respiratorischen Stoffwechsels der Lungen nicht von vasomotorischen Veränderungen herrühren. J. KATZENSTEIN.

2) **J. W. Langelaan** und **D. H. Beyermann. Ueber die Localisation eines respiratorischen und cardiomotorischen Centrums in der Rinde des Stirnlappens. (On the localisation of a respiratory and cardiomotor centre in the cortex of the frontal lobe.)** *Brain. XXVI. 101. p. 81.*

Beim Hunde haben die Autoren früher nachgewiesen, dass an der Spitze des Gyrus sigmoideus, wo Fissura coron. und praesylvic. zusammenstossen, ein 2 mm langes und breites Feld gelegen ist, dessen Reizung mit einem schwachen faradischen Strom beschleunigte Respiration und Inspirationsstellung des Thorax bewirkt. Exstirpation dieser Stelle hat unmittelbar nach der Operation unregelmässige, sehr verzögerte und häufig durch tiefe Seufzer unterbrochene Athmung zur Folge. Nach einigen Tagen gleichen sich die Erscheinungen aus.

Durch Beobachtung einiger klinischer Fälle glauben sich die Verff. berechtigt, auch beim Menschen solche Centren an der Hirnrinde localisiren zu können. An der Basis des Gyr. front. med., wo er an den Gyr. centr. ant. stösst, soll ein cardio-motorisches und ein die Respiration beschleunigendes Centrum beim Menschen gelegen sein. J. KATZENSTEIN.

3) **Silvestro Baglioni** (Göttingen). **Ein durch die Nn. phrenici vermittelter Athemreflex beim Kaninchen.** *Centralbl. f. Physiol. vom 14. Februar 1903. No. 23. S. 649.*

B. tracheotomirt Kaninchen für die künstliche Athmung, liess beide Vagi am Halse frei und durchschneidet sie. Es kommen dann die Nasenathembewegungen noch deutlich zum Ausdruck. Darauf eröffnet er den Thorax und macht künst-

liche Athmung. Nun wird das Zwerchfell freigelegt und seine muskulösen Seitenpartien werden gereizt. Es folgt eine Zusammenziehung des Zwerchfells: zu Anfang derselben werden die Nasenflügel wie immer bei jeder normalen Inspiration stark erweitert, aber bald darauf werden sie verengert, manchmal ganz geschlossen und in dieser Stellung bleiben sie, wie lange auch die Zusammenziehung des Zwerchfells dauern mag. Hier haben wir also einen Reflex vom Zwerchfell durch die Phrenici und die Centra auf die Nasenmuskeln: es folgt auf eine Zusammenziehung des Zwerchfells, also einen inspiratorischen Akt, eine Verengerung der Nasenlöcher, die ein exspiratorischer Akt ist. Wir haben also einen Athemreflex vor uns, der der Selbststeuerung der Athmung durch den Lungenvagus entspricht wie sie von Hering und Breuer nachgewiesen worden ist, nur mit dem Unterschied, dass die Erregung hier nicht durch den Vagus, sondern durch die centripetalen Fasern des Phrenicus verläuft.

J. KATZENSTEIN.

4) **J. V. Laborde. Der Athemreflex. Doppelte functionelle Modalität der sensiblen Nerven dieses Reflexes, insbesondere des N. laryngeus superior. (Le réflexe respiratoire. Double modalité fonctionelle des nerfs sensitifs de ce réflexe, notamment du nerf laryngé supérieur.)** *C. S. Soc. de Biol. LIV. 31. p. 1237.*

5) **J. V. Laborde. Der Athemreflex und sein fundamentaler und primärer Mechanismus in der cardio-respiratorischen Function. (Le réflexe respiratoire et son mecanisme fondamental et primordial dans la fonction cardiorespiratoire.)** *C. S. Soc. de Biol. LIV. 32. p. 1291.*

6) **E. Conveur. Betreffend Laborde's Bemerkung über die sensiblen Nerven des Athemreflexes. (A propos de la note de M. Laborde sur le nerfs sensitifs du réflexe respiratoire.)** *C. R. Soc. de Biol. LIV. 36. p. 1474.*

7) **J. V. Laborde. Der Athemreflex und der N. glossopharyngeus. (Le réflexe respiratoire et le nerf glossopharyngien.)** *C. R. Soc. de Biol. LIV. 36. p. 1456.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

8) **W. H. Fitzgerald. Rationelle Behandlung des Mundathmens. (Rational treatment for mouth-breathing.)** *N. Y. Medical Record. 5. September 1903.*

Als die beiden für das Athmen mit offnem Munde besonders in Betracht kommenden aetiologischen Factoren stellt Verf. die Rauhigkeit des Klimas und falschen Gebrauch des Athmungsapparates hin. Viele Menschen sind sehr erstaunt, wenn man sie darauf aufmerksam macht, dass sie constant durch den Mund athmen. Verf. räth von dem Gebrauch der Nasendouchen ab, er beseitigt alle für die Behinderung der Nasenathmung irgend wie in Betracht kommenden Vorsprünge, Schwellungen etc. und lässt dann Athemübungen vornehmen auch für die ersten Wochen Nachts eine Bandage tragen, die den Mund geschlossen hält.

LEFFERTS.

9) **Richard Cole Newton. Tiefe Athmung. (Deep breathing.)** *N. Y. Medical Journal. 7. November 1903.*

Verf. geht von der Ansicht aus, dass die meisten Menschen nicht so athmen,

wie es eigentlich erforderlich wäre. Er tritt dafür ein, dass Athemübungen in der Erziehung eines jeden Kindes ihren Platz haben sollten, besonders aber bei schwächlichen und körperlich zurückgebliebenen Kindern angezeigt seien. Die Aerzte sollten diesem wichtigen Factor mehr als bisher ihre Aufmerksamkeit zuwenden.

LEFFERTS.

10) A. Hennius. **Ein Fall von Halsrippen. (Slut. scheinawo rebra.)** *Detskaja Med. No. 3. 1903.*

Der Fall wurde Anfangs für Ostitis ossificans angesehen. Die Radiographie brachte Aufklärung. Die Halsrippe beiderseits gut entwickelt. Gegenwärtig sind bei der 6jährigen Patientin keine Beschwerden, doch räth H. schon jetzt zur Operation.

P. HELLAT.

11) Larthioir. **Die congenitalen serösen Halscysten bei Kindern. (Les kystes séreux congénitaux du cou des enfants.)** *La Clinique. No. 5. 1903.*

Gelegentlich zweier Fälle von congenitalen serösen Halscysten von Kindern behandelt der Autor der Reihe nach die Pathogenese, Diagnose und Behandlung derselben und spricht sich für die Totalexstirpation aus.

BAYER.

12) Truyts. **Betrachtungen über die Natur, Pathogenese und Behandlung der chronischen Adenitis cervicalis in der Armee. (Considérations sur la nature, pathogénie et le traitement de l'adénite cervicale chronique dans l'armée.)** *Archives Méd. Belges. März 1903.*

Die chronische Adenitis bei Soldaten nimmt fast immer die Cervicalgegend ein; man schreibt sie entweder äussern Ursachen zu (Einwirkung des Kragens, Zugluft etc.) oder schwächenden Einflüssen, wie schlechte Ernährung, Excessen etc.; die Mehrzahl der Autoren bringt sie mit der Scrophulose in Beziehung. Die Adenitis der Soldaten ist fast immer tuberculösen Ursprungs und der grösste Theil der tuberculösen Adenitiden ist im Militairdienst erworben. Die Invasion der Lymphdrüsen durch den Koch'schen Bacillus kann zu Stande kommen:

1. durch eine Affection gleicher Natur, wie tuberculöse Mandeln oder adenoide Wucherungen;

2. sie kann von Anfang an specifisch auftreten; der Bacillus ist durch eine unbedeutende Erosion der Schleimhaut oder Haut oder selbst durch die intacte Schleimhaut hindurch eingedrungen;

3. der Bacillus inficirt eine einfache Adenitis, was sehr häufig der Fall ist. Die mit Staub geschwängerte Luft, welche den Bacillus beherbergt, ist das hauptsächlichste Moment zur Verbreitung der Lymphdrüsentuberculose.

Der Autor ist nicht für die sofortige Exstirpation. Eine richtige Allgemeinbehandlung und günstige hygienische Verhältnisse, vor allem der Aufenthalt an der See bringen sie oft zur Rückbildung, letzterem schreibt der Autor die Abnahme der wegen Adenitis entlassenen Soldaten zu, deren Procentsatz von 9 auf 4 pro Jahr nach der Errichtung des Militair-Seesanatoriums gesunken ist. Im Uebrigen empfiehlt er intraganglionäre Injectionen und wenn alle andere Mittel versagen, dann soll man die Exstirpation vornehmen.

BAYER.

13) **Albert E. Rogers. Cervicaladenitis infolge Infection der Tonsillen. (Cervical adenitis due to tonsillar infection.)** *28. November 1903.*

Verf. bringt 5 Fälle von Adenitis der Halsdrüsen, in denen wenige Wochen bis 6 Monate nach Abtragung der Tonsillen Heilung eintrat. Er räth daher, stets bevor man zur Operation der Drüsentumoren schreitet, die Tonsillotomie vorzunehmen, denn in sehr vielen Fällen handelt es sich um eine chronische Infection der Haldrüsen auf dem Wege durch die Tonsillen. LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **A. Logan Turner. Allgemeine septische Infection nasalen Ursprungs. (General septic infection of nasal origin.)** *Edinburgh Med. Journ. März 1903.*

Verf. macht auf die Möglichkeit einer allgemeinen septischen Infection aufmerksam, die von einer leicht zu übersehenden intranasalen Läsion ihren Ursprung nimmt. Die Symptome können an einen Typhus oder Lungenphthise denken lassen. Bisweilen ist der causale Factor in der Nase sehr geringfügig oder es kann auch eine ausgesprochene Läsion bestehen, von deren Existenz der Pat. selbst nichts weiss. Verf. führt mehrere Fälle zur Illustration des Gesagten an.

AUTOREFERAT.

15) **Notiz des Herausgebers. Die Nase als Ausgangspunkt für erysipelatöse Entzündung. (The nose as a starting point for erysipelatous inflammation.)** *International Journal of Surgery. Februar 1904.*

Ein sehr schweres Erysipel entstand, nachdem Pat. einige Wochen vorher einen Schlag gegen die Nase erhalten hatte, der zu heftiger Epistaxis geführt hatte, ohne dass jedoch eine Erosion an der Haut sichtbar war. In einem andern Fall nahm das Erysipel seinen Ausgang von einer Perifolliculitis im Vestibulum narium. Oft verbirgt sich unter einer kleinen Borke ein Eiterherd, der zur Infectionsquelle werden kann. EMIL MAYER.

16) **De Rienzo. Bedeutung der Thränenwege bei Infectionen zwischen Conjunctiva und Nasenschleimhaut. (Importenza della vie lagrimali nelle infezioni reciproche tra conjunctiva e mucosa nasale.)** *Arch. Ital. di Laryngologia. Juli 1903.*

Auf Grund zahlreicher klinischer, experimenteller und histologischer Untersuchungen kommt Verf. zu dem Resultat, dass die Verbindung zwischen Erkrankungen des Auges und der Nase am häufigsten durch die Thränenwege, seltener auf dem Blut- oder Lymphwege oder den Nervenbahnen vor sich geht. Die Ausbreitung einer Infection von Nase zu Auge ist häufiger als das umgekehrte; doch ist das letztere nicht so selten, wie manche Autoren annehmen. Bei vielen Augenerkrankungen giebt die Untersuchung der Nase weitere Fingerzeige für die Diagnose und Therapie. FINDER.

17) **S. Ziegler. Einige Augenerkrankungen infolge Naseninfection. (Some diseases of the eye due to nasal infection.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1903.*

Verf. spricht die Meinung aus, dass Hornhautgeschwüre oft durch Infection

von der Nase aus entstehen. Er macht darauf aufmerksam, wie eine von einer Antrumerkrankung herrührende infectiöse Ausscheidung auf dem lacrymonasalen Wege in das Auge gebracht werden kann. Nasenverstopfung und Mundathmung wirken prädisponirend. Bei der Behandlung von Hornhautgeschwüren sollen Nasenausspülungen nicht vernachlässigt werden; er verwendet zu diesem Zweck 1—4proc. Lösung von Wasserstoffsuperoxyd. Ferner ist eventuelle Dilatationsbehandlung des Thränenganges nothwendig. LEFFERTS.

18) **A. C. H. Moll** (Arnheim). **Ueber intranasale Behandlung zur Heilung von Ohrenleiden. (Over intranasale behandling ter genezing van oorziekten.)** *Med. Weekbl. X. No. 25.*

Im Grossen und Ganzen schliesst sich M. dem Satze Stirling's (The Laryngoscope 1903, No. 4) an, dass eine intranasale Behandlung von Ohrenleiden nur dann nützlich sein kann, wenn das Nasenleiden an und für sich diese Behandlung indicirt. Dennoch giebt es Fälle von auffälliger Besserung verschiedenartiger Ohrenbeschwerden nach Nasenoperationen, welche nicht durch bedeutende Nasenbeschwerden stricte indicirt waren. Er theilt den Fall eines Mannes mit, bei dem Schwerhörigkeit und Sausen nach einer Cristotomie in einer nicht bedeutend obstruirten Nase gänzlich verschwanden und referirt eine einschlägige Arbeit Haug's aus der Münchener laryngologischen Gesellschaft. H. BURGER.

19) **Kosteljanetz. Ueber Beziehungen der Erkrankung des Ohres zu denen der Nase und des Nasenrachenraumes.** *Petersb. med. Wochenschr. No. 13—14. 1903.*

K. bespricht die Beziehungen zwischen den Erkrankungen des Ohres und der Nase auf Grundlage anatomischer Verhältnisse, Literaturangaben und eigener Untersuchungen. Er kommt zu der Anschauung, dass bei Ohrenaffectionen meist der Nasenrachen, bei Tubenaffectionen die Nase mit ihren Abnormitäten im Vordergrunde steht. P. HELLAT.

20) **Törne** (Lund). **Das Vorkommen von Bakterien und die Flimmerbewegung in den Nebenhöhlen der Nase.** *Centralbl. f. Bakteriologie. 4. 1903.*

Bei 31 Leichen fanden sich in den Fällen, in welchen die Leichen zwei Stunden nach dem Tode secirt waren, die Nebenhöhlen der Nase steril, verstrich aber nach dem Tode bis zur Section mehr Zeit als drei Stunden, so zeigte sich nur die eine Hälfte der Höhlen steril, während die andere Hälfte Bakterien aufwies. Weitere Untersuchungen ergaben ausserdem, dass zur Freihaltung der Höhlen von Fremdkörpern das Flimmerepithel eine maassgebende Rolle spielt.

SEIFERT.

21) **Gustav Brühl. Ueber die Duplicität der Nebenhöhlen der Nase. (On the duplicity of the accessory sinuses of the nose.)** *Archives of Otology. April 1903.*

Eine Zweitheilung findet man häufig bei der Stirn- und Keilbeinhöhle, selten bei der Highmorshöhle. In den meisten Fällen handelt es sich um ein Hineinragen von Siebbeinzellen in die Stirn-, Keilbein- oder Oberkieferhöhle. Eine wirkliche Duplicität der Höhlen ist ungemein selten. EMIL MAYER.

22) **G. Brühl. Eine anatomische Methode zur Demonstration der Nebenhöhlen der Nase. (An anatomical method of demonstrating the accessory cavities of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 13. Juni 1903 und Archives of Otology. April 1903.*

Die Methode ist die bereits in der Berl. klin. Wochenschr. 1900 publicirte. (Ref. Centralblatt Bd. XVIII, S. 9.) LEFFERTS.

23) **Roget** (Lyon). **Anomalien der Gesichtshöhlen. (Anomalies des sinus de la face.)** *Société de médecine de Lyon. 16. November 1903.*

Da die vom Verf. demonstrirten Anormalitäten in der Bildung der Nebenhöhlen Schädel betreffen, die sämmtlich von in einer Irrenanstalt Gestorbenen herrühren, so erörtert er die Frage, ob solche Anormalitäten bei Geisteskranken etwa besonders häufig sind. Er weist auf die Schwierigkeiten hin, die bei der Operation solcher Höhlen eventuell entstehen können. PAUL RAUGÉ.

24) **Philip Nelson** (Liverpool). **Eiterungen der Nasenhöhlen. (Suppurative disease of the accessory sinuses of the nose.)** *Liverpool medico-chirurg. Journal. Juni 1903.*

Verf. behandelt Anatomie und Pathologie der Nebenhöhlen und die Therapie bei Erkrankungen derselben. Nichts Neues. JAMES DONELAN.

25) **Walter S. Freeman. Beobachtungen über die Diagnose der Nebenhöhlenentzündungen. (Observations on the diagnosis of nasal sinusitis.)** *American Medicine. 11. Juli 1903.*

Eine grosse Schwierigkeit für die Diagnose der Nebenhöhlenerkrankungen entsteht oft dadurch, dass diese oft gerade auf der Seite entstehen, wo die Nase verengt ist. Verf. bezeichnet als ein Symptom, das ihm oft gute Dienste geleistet hat, das Vorhandensein von Eiter auf der Oberfläche des hinteren Endes der unteren Muschel. Ferner behauptet Verf., dass der Geruch bei Empyem charakteristische Unterschiede habe gegenüber dem bei Caries. Ein für Antrumempyem oft verwerthbares Symptom ist die intermittirende Kakosmie. EMIL MAYER.

26) **N. L. Wilson. Acute Entzündung der Nasennebenhöhlen. (Acute inflammation of the accessory sinuses of the nose.)** *N. Y. Medical Record. 1. August 1903.*

Verf. giebt einen Ueberblick über die häufigsten Ursachen der acuten Sinusitis. Polypen betrachtet er als eine Folge derselben. In der Aetiologie spielt seiner Ansicht nach auch das Eindringen staubiger Luft in die Nase eine Rolle und er macht auf die verhältnissmässige Häufigkeit des Empyems bei Automobilfahrern aufmerksam. Er bespricht dann die Symptomatologie und Behandlung, welch letztere in diaphoretischen Maassnahmen, localer Adrenalinanwendung in der Nase, eventuell Eröffnung vom unteren Nasengang mit nachfolgender Ausspülung bestehen soll. LEFFERTS.

27) **Gradenigo. Ein Fall von Fremdkörper in der Kieferhöhle. (Un caso di corpo straniero nel seno mascellare.)** *Giornale de R. Accademia d. Medicina di Torino. Februar-März 1903.*

Bei der über heftige Schmerzen in der Wange und rechten Stirnseite klagenden Patientin fand man in der Höhe des II. oberen Molarzahns eine Fistel,

aus der Eiter herausfloss und die direct in die Höhle führte. Sie war früher von der Alveole aus angebohrt worden, hatte einen Metalltubus in der Oeffnung getragen; dieser war plötzlich verschwunden und Pat. gab mit Sicherheit an, dass er in die Höhle gerutscht sei. Ausserdem bestand am inneren Winkel des rechten Auges eine Fistel, die von Granulationen verstopft war. Bei der Radicaloperation fanden sich in der Höhle zwei Fragmente des Metalltubus. Es trat völlige Heilung ein.

FINDER.

28) **J. Stiff. Antrumerkrankung und ihre Behandlung. (Disease of the antrum of Highmore and its treatment.)** *Virginia Med. Scienc. Monthly. April 1903.*

Verf. betrachtet die Kieferhöhlenerkrankungen als zum Ressort der Zahnärzte gehörig.

EMIL MAYER.

29) **Knochenstiern. Zur Aetiologie des Kieferhöhlenempyems.** *Petersb. med. Wochenschr. No. 12. 1903.*

K. theilt einen Fall mit, wo der dentale Ursprung des Kieferhöhlenempyems scheinbar eclatant ist. Die Highmorshöhle bestand aus einer medialen und lateralen Abtheilung. Beide Abtheilungen waren ergriffen, aber die laterale enthielt Granulationen und der Knochen war stellenweise cariös. Dieser Abtheilung entsprach der cariöse Zahn.

P. HELLAT.

30) **Sidney Jankauer. Ein ungewöhnlicher Fall von Empyem der Highmorshöhle. (An unusual case of empyema of the antrum of Highmore.)** *N. Y. Medical Record. 15. August 1903.*

Beide untere Muscheln waren so geschwollen, dass der Einblick in die tieferen Theile der Nase unmöglich war. Nach Cocainisirung sah man unter der linken mittleren Muschel eine ungefähr $2^1/_2$ cm lange Geschwulst, die sich nach unten auf die untere Muschel erstreckte und den hinteren Theil des mittleren und unteren Nasengangs völlig verlegte. Sie hatte die Form eines Polypen, sah aber hochroth aus. Am Nasenboden war Eiter vorhanden. Mit einer in die Geschwulst eingestochenen Aspirationsnadel gelang es, Eiter zu aspiriren. Darauf wurde die Geschwulst incidirt und es entleerte sich eine ziemliche Menge Eiters, worauf sie völlig collabirte. Es handelte sich um ein Oberkieferempyem, das, ohne dass ein congenitales Fehlen der medialen Wand oder eine Nekrose vorhanden war, eine derartige abscessartige Vorwölbung nach der Nasenhöhle zu verursacht hatte, gewiss ein seltenes Vorkommniss.

LEFFERTS.

31) **G. Mahu. Ein pathognomonisches Zeichen der wahren chronischen Kieferhöhlenentzündung. (A pathognomonic sign of true chronic maxillary sinusitis.)** *N. Y. Medical Record. 8. August 1903.*

M. macht darauf aufmerksam, dass bei wahrem chronischem Kieferhöhlen-Empyem die Schleimhaut rapide an Dicke zunimmt und ein schwammiges und myxomatöses Aussehen bekommt. Die Folge ist, dass die Capacität der Höhle kleiner wird. Dies festzustellen, schlägt er folgenden Weg vor: Während der Pat. aufrecht sitzt, wird die Höhle ausgewaschen und dann eine Spritze voll Wasser in dieselbe eingespritzt; sodann wird das Wasser wieder ausgesaugt und seine Menge gemessen. Diese repräsentirt die Capacität der Höhle bis zum Niveau des

Ostiums. Wenn die Wassermenge weniger als $1^1/_2$ ccm beträgt, so soll dies nach M. ein sicheres Zeichen von chronischer Sinusitis sein. LEFFERTS.

32) **Gatteschi. Einige Fälle von Empyem der Highmorshöhle chirurgisch nach der Caldwell-Luc'schen Methode behandelt unter Anwendung der Gavello'schen Zange. (Di alcuni casi di ascesso dell'antro d'Highmore curati chirurgicamente col metodo Caldwell-Luc adottando la pinza di Gavello.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. December 1903.*

Bericht über zwei Fälle mit gutem Resultat. FINDER.

33) **M. Weinberger. Ueber fortgepflanzte Tuberculose der Kieferhöhle.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde. No. 4. 1903.*

Mittheilung eines Falles von fortgepflanzter Tuberculose der Kieferhöhle, wobei hauptsächlich die Mundhöhle stark befallen war; ähnliche Fälle sind von Réthi, H. Neumayer und Grünwald beobachtet worden. SCHECH.

34) **Weinberger** (Wien). **Tuberculose der Kieferhöhlenschleimhaut.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 23. 1903.*

Demonstration eines Präparates von fortgepflanzter Kieferhöhlentuberculose von einem an schwerer Tuberculose der Lungen und des Kehlkopfes verstorbenen Manne, in dessen Mundhöhle entsprechend dem Alveolarfortsatze des Oberkiefers beiderseitig eine ausgedehnte Geschwürsfläche bestand. Die Schleimhaut der Kieferhöhle zeigt typische tuberculöse Veränderungen. CHIARI-HANSZEL.

35) **L. Grünwald** (München). **Ueber Kiefercysten und Kieferhöhlencysten und ihre gegenseitigen Beziehungen.** (Vortrag, gehalten 1896.) *Oesterr.-ungar. Vierteljahrsschr. f. Zahnheilkde. XII. Jahrg. Heft III. 1896.*

Im Oberkiefer können Cysten mit den Zähnen zusammenhängen (das häufigste), oder aus Blutungen, Entzündungen oder Neubildungen hervorgehen (sehr selten). Die Zahncysten sind entweder folliculären Ursprungs (d. h. sie gehen aus Zahnfollikeln hervor), oder periodontalen Ursprungs (d. h. sie entstehen aus Resten des Epithels des Zahnkeimes). Die periodontalen sind die häufigsten. Die Unterscheidung dieser Kiefercysten von einander, sowie von Cysten der Kieferhöhle ist oft sehr schwer. Knochencysten des Oberkiefers ohne Vortreibung der Wände scheinen im Leben noch nicht diagnosticirt worden zu sein.

Grünwald bringt davon 2 Beispiele, die er selbst diagnosticirt und operirt hat. In beiden Fällen resecirte er die knöcherne Aussenwand der Cyste und wandelte sie dadurch in eine flache Mulde um, welche sich dann in einigen Wochen mit Epithel auskleidete und noch verkleinerte. Da sich diese Cysten nach innen entwickelt hatten, war ihre Abgrenzung gegen Kieferhöhlenentzündung schwer, um so mehr, da eine Cyste mit der Kieferhöhle communicirte.

Die Cysten der Kieferhöhle sind mindestens dreifacher Art: Retentionscysten, Colliquativhöhlen und Lymphektasien. Retentionscysten sind die häufigsten und entstehen aus Stauung des Secretes in erweiterten Schleimdrüsen; Colliquativhöhlen kommen durch Verflüssigung der Mitte eines Polypen zu Stande, und Lymphektasie hat einmal Bergmann beobachtet.

Endlich erwähnt Grünwald der Theilung der Kieferhöhle durch knöcherne Wände.

Durch Eiterung kann die charakteristische Innenwand der Cyste, der Balg, zerstört werden, so dass dasselbe Bild wie bei dem wohl selteneren Knochenabscess entsteht. Verwechslung mit Aneurysmen ist leicht wegen der Pulsation zu vermeiden.

Die Behandlung ist bei allen Cysten dieselbe, nämlich Resection der äusseren Wand bis zur Umwandlung der Höhle in eine flache Mulde.

In der sich anschliessenden Discussion hoben v. Metnitz, Weiser und Bertes hervor, dass Alveolarcysten ohne Vorwölbung der äusseren Wand durchaus keine Seltenheit seien und von ihnen schon oft in ähnlicher Weise operirt wurden. Das Verhältniss dieser Cysten zur Highmorshöhle ist wechselnd und wird gewöhnlich erst durch die Operation geklärt.

O. CHIARI.

36) C. S. Coakley. **Eine Knochencyste in der Highmorshöhle. (A bony cyst in the antrum of Highmore.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1903.*

Vorgetragen auf der 25. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Washington. Mai 1903.

EMIL MAYER.

37) L. Beco (Lüttich). **Ueber die Behandlung der Oberkiefercysten. (Sur la traitement du kystes du maxillaire supérieur.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 15. 1903.*

Vergl. Jahresbericht der belg. otolaryngol. Gesellschaft. Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER.

38) E. V. D. Morris. **Verletzungen des Antrums nebst Mittheilung eines Falles. (Accidents of the antrum with reference to a case.)** *Illinois Medical Journal. September 1903.*

Der Unfall betraf einen Locomotivheizer, der durch einen — vermuthlich aus einem vorüberfahrenden Zug geschleuderten — Gegenstand verletzt wurde. Es wurde später ein Stück Holz aus der Kieferhöhle entfernt.

EMIL MAYER.

39) Luc (Paris). **Meine letzten Verbesserungen der Radicalcur chronischer Gesichtssinusiten. (Mes derniers perfectionnements dans le traitement radical des sinusites chroniques de la face.)** (Mittheilung auf d. Congress des amerikanischen laryngologischen Vereins zu Washington am 12. Mai 1903.) *La Presse Oto-Laryngol. Belge. No. 5. 1903.*

L. bespricht seine Operationsmethoden: 1. für Sinus maxillaris (Caldwell-Luc'sche Methode); 2. für den Sinus frontalis (Ogston-Luc'sche Methode); 3. für die Siebbeinzellen; er hat dafür eine besondere Zange anfertigen lassen, deren Eigenthümlichkeit in der Breite und glatten Form des Fassendes besteht; die Abplattung sowie leichte Biegung der Oberfläche gestatten dem Fassende des Instruments leichter in die Tiefe des Nasenganges einzudringen und die Muscheln an ihrer Insertion zu fassen; ausserdem bietet die Breite derselben noch den Vorzug, auf einmal einen grossen Theil Gewebe fassen, somit z. B. den grössten

Theil einer Muschel in einem oder zwei Zügen entfernen zu können; desgleichen Fungositäten und Myxome, auf deren letztere Operationsmethode er näher eingeht. 4. Für den Sinus sphenoidalis; diese Operationsmethode schliesst sich eng an die vorhergehende an, indem der Sinus spenoid. quasi nur die hinterste Siebbeinzelle bildet; coincidirt die Sinusitis ethmoid. mit einer Eiterung der Sin. maxill., so kommt er derselben von diesem aus bei, wie Jansen, aber auch ohne diese Complication schlägt er den Weg durch den Sin. maxill. ein, wenn eine unüberwindliche Enge der Nasenhöhle den rhinoskopischen Weg unzugänglich macht. BAYER.

40) **F. M. Ingersoll. Ueberzählige Zähne in der Nase und Oberkieferhöhle. (Supernumerary teeth in the nose and maxillary sinus.)** *Laryngoscope. September 1903.*

In dem einen Falle fanden sich zwei kleine Molarzähne im Antrum eines 4jährigen Kindes, in einem anderen wurde bei der Section eines Mannes ein Zahn in der Höhle entdeckt; der dritte Fall betrifft einen 40jährigen Mann mit Syphilis.

EMIL MAYER

41) **Kurt Brege. Zur Anatomie der Stirnhöhlen (Sinus frontales).** *Diss. med. Königsberg 1902. 60 Ss.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

42) **Calamida** und **Citelli. Respiration der Stirnhöhle beim Menschen. (Sulla respirazione del seno frontale nell'uomo.)** *Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. II. 1903.*

Verf. haben mittelst verschiedener Serien von Versuchen, deren wichtigste mit dem Manometer und der graphischen Methode angestellt wurden, Untersuchungen darüber angestellt, welchen Antheil die Stirnhöhle bei der Nasenathmung nimmt. Es ist auch die Möglichkeit einer Nasenstenose berücksichtigt. Die Resultate sind in Form von Curven wiedergegeben. FINDER.

43) **Joseph Belin. Stirnhöhlenempyem im Verlauf von Masern. (Sinusite frontale au cours d'une rougeole.)** *Société de médicale des hôpitaux. 30. Mai 1902.*

Die Sinusitis ist als eine seltene Complication der Masern zu betrachten. Im vorliegenden Falle wird sie durch Fortleitung eines Nasenkatarrhs auf die Stirnhöhle erklärt. Es trat Spontanheilung ein. PAUL RAUGÉ.

44) **De Stella. Die Radicalcur der chronischen Sinusitis frontoethmoidalis. (La cure radicale de la sinusite fronto-éthmoidale chronique.)** *Annales de la Soc. de Méd. de Gand. V. Fasc. 1903.*

Der Autor macht die Mittheilung von der Operation drei alter Fälle von Sinusitis fronto-ethmoidalis, welche er nach der Methode von Jacques und Durand aus Nancy operirt hatte; in den drei Fällen bestand ein Fistelgang am oberen Augenlid, welcher in einen immensen Sinus frontalis mit Betheiligung des Siebbeins führte.

Der Vortheil des Verfahrens bestehe darin, dass es 1. eine vollständige Eröffnung des Sinus erlaube, was die Desinfection und Curettage bedeutend erleich-

tere; 2. eine partielle und auch complete Resection des Siebbeins ermögliche, ausserdem noch die Inspection und allenfalls die Ausräumung des Sin. sphenoid; und 3. von gar keiner postoperativen Difformität gefolgt sei und 4. die Möglichkeit eines Recidives auf ein Minimum reducire.

BAYER.

45) **Arnold Knapp. Ausgedehntes Empyem des Stirn- und Keilbeins mit Exophthalmus. Operation. Tod infolge Meningitis. (Extensive empyema of frontal and ethmoidal sinuses with exophthalmos. Operation. Death from meningitis.)** *Laryngoscope. April 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

46) **L. Mayer. Cyste des Sinus frontalis mit Gehirncompression. (Kyste du sinus frontal avec compression cérébrale.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 51. 1903.*

M. demonstrirt der anatomo-pathol. Gesellschaft ein Gehirn, an welchem man im Niveau des rechten Lob. frontal. eine äusserst tiefe Depression erkennt, herrührend von einer Verdrängung der Gehirnmassen durch einen Cystentumor, der sich im Sin. front. entwickelt hatte. Es handelt sich um eine 53jährige Person, welche von Lepage zweimal operirt worden war. Die erste Operation bestand aus einem ⊔-Schnitt mit weiter Eröffnung des stark erweiterten und mit dem der andern Seite communicirenden Sinus, aus welchem sich eine grosse Quantität citronengelber Flüssigkeit entleerte. Im Grunde der Höhle sah man das Gehirn pulsiren. Beweis von dem vollständigen Schwund der tiefen hinteren Sinuswand. Die nächste Folge der Operation bestand darin, dass das Gehirn theilweise seine normale Stellung wieder einnahm; nach einem Jahr jedoch schwoll die rechte Stirngegend wieder derartig an, dass nach starker Verdrängung des Augapfels nach unten der Tumor allmählich das Volumen eines Fötuskopfes erreichte; er erschien höckerig, blass, und nahm die ganze rechte Hälfte der Stirne, der Orbita oder des oberen Augenlides ein. Bei einer zweiten Intervention nach drei Tagen musste behufs Entfernung der Cystenmembran, welche im Hintergrunde fest mit der harten Hirnhaut zusammenhing, diese mitentfernt werden, wobei das Gehirn in einer grossen Ausdehnung freigelegt wurde. Nach einigen Stunden erlag die Patientin am Shock trotz Injection physiologischen Serums unter Erscheinungen von Hypothermie. Da die Hämorrhagie bei der Operation ziemlich unbedeutend war, so ist es mehr als wahrscheinlich, dass es das plötzliche Ausströmen der Cerebrospinalflüssigkeit war, welches einen Stillstand der Gehirnfunction verursacht hatte.

BAYER.

47) **Sasedatelew. Seltener Fall von Anomalie der Siebbeinhöhle. (Redsni slut. anomali reschetschatei pasuchi.)** *Chirurgia. Mai 1903.*

Der Fall von S. ist dadurch eigenartig, dass hier hinter der normalen Stirnhöhle noch eine zweite gleichgrosse Höhle sich fand. S. hält sie für eine ungewöhnlich grosse Siebbeinzelle.

P. HELLAT.

48) **Lasarew. Zur Casuistik der Ethmoidalhöhlenempyeme. (K kasuistike empiem etmoidal. pasuchi.)** *Chirurgia. November 1903.*

Mittheilung von 3 Fällen, wo Durchbruch des Eiters nach aussen stattfand und in einem Falle Erblindung des betreffenden Auges erfolgte. In einem Falle Heilung durch äussere Operation.

P. HELLAT.

49) **Wm. Campbell Posey. Ein Fall von Phlegmone der Orbita nach einem Empyem des Siebbeins. (A case of intense phlegmone of the orbit secondary to empyema of the ethmoidal cells.)** *Pennsylvania Medical Journal. Mai 1903.*

Nach Entfernung des vordern Endes der mittleren Muschel mit der kalten Schlinge trat unmittelbar Besserung der Augencomplication ein. Der Fall illustrirt die Nothwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Diagnose.

EMIL MAYER.

50) **Desourteaux. Beitrag zum anatomisch-klinischen Studium der Tumoren des Siebbeins und insbesondere ihrer oculo-orbitalen Complicationen. (Contribution à l'étude anatomo-clinique des tumeurs de l'éthmoide et en particulier de leurs complications oculo-orbitaires.)** *Thèse de Bordeaux. 1903.*

Nach einem Ueberblick über die topographische Anatomie der Gegend schildert Verfasser die verschiedenen Zugangsarten zum Siebbein. Er giebt sodann eine Beschreibung des Moure'schen Operationsverfahrens, das ermöglicht, das Siebbeinlabyrinth von vorn her in toto zu entfernen.

Verf. giebt eine Anzahl persönlicher Beobachtungen und solcher anderer Autoren.

E. J. MOURE.

51) **Lermoyez. Laterale Siebbeinzange. (Pince ethmoidale latérale.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. No. IV. p. 73. 1903.*

Die Zange ist dazu bestimmt, die knöcherne Scheidewand des Siebbeins in transversaler Richtung zu durchschneiden. Es existirt ein Instrument für die rechte und ein solches für die linke Seite.

E. J. MOURE.

52) **Goris. Technik der chirurgischen Behandlung der chronischen Sinusitis sphenoidalis. (Technique de la cure chirurgicale de la sinusite sphénoidale chronique.)** *Bulletin de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 2. 1903.*

Die durch die Eiterungen des Sin. sphenoid. hervorgerufenen Complicationen sind häufig äusserst schwerer Natur, so 1. die Perineuritis optic., welche zu rascher Erblindung führen kann, 2. die retrobulbäre Phlegmone, mit Ausgang in Meningitis und 3. heftige hartnäckige Occipitalschmerzen, veranlasst durch die Eiteransammlung im Sinus, welche nur der Operation weichen.

G. preist als Operationsmethode ein Verfahren an, bei welchem sich die ganze Operation nach den von dem in den Nasenrachenraum eingeführten Finger angegebenen Indicationen präcise ausführen lässt: Der Kranke wird tief chloroformirt, die mittlere Muschel unter Controle des eingeführten Fingers mit der Doyen'schen Zange für die Turbinectomie entfernt und die vordere Sinuswand mit einem stumpfen Meissel eingebrochen, während der Mund mit dem Whitehead-schen Mundsperrer offen gehalten wird.

Die Operation endet mit der Resection der unteren Sinuswand vermittelst der Grünwald'schen Knopflochzange, welche man wie den Meissel einführt und anwendet. Der Verband besteht in dem Einführen eines dicken sterilisirten Gazestreifens, welcher 48 Stunden behufs Blutstillung und Drainage liegen bleibt.

Wenn diese Operation die eitrige Secretion nicht zum Verschwinden bringt, so empfiehlt G. eine zweite Methode, welche er mehrmals angewandt hat, bestehend in der temporären Resection der einen Nasenhälfte mit Gesichtsdecortication, Exstirpation des Siebbeins, wobei das Auge durch ein löffelartiges Speculum gut geschützt werden muss und Resection der unteren Sinuswand mit Zange und Hohlmeissel.

Diese beiden Methoden entsprechen allen Anforderungen. BAYER.

53) **Jargnon** (Lyon). **Doppeltes chronisches Empyem der Keilbeinhöhle. (Sinusite sphénoïdale double chronique.)** *Société de sciences médicales de Lyon. 29. Februar 1903.*

Das Interesse, das der Fall bietet, liegt in der Doppelseitigkeit der Affection, in der Thatsache, dass die andern Höhlen gesund waren und dass nach Ausspülung der Keilbeinhöhlen die lange bestehenden Kopfschmerzen völlig verschwanden. PAUL RAUGÉ.

54) **Robert C. Myles. Trepanation und Curettage der Keilbeinhöhle; profuse secundäre Blutung, infolge deren die Unterbindung der A. carotis externa nöthig wird. (Trephining and curettage of sphenoidal sinus; profuse secondary hemorrhage requiring ligation of the external carotid artery.)** *Laryngoscope. April 1903.*

Bericht über einen Fall. EMIL MAYER.

55) **Richter. Ein Fall von latenter Keilbeinhöhlencaries mit Abducenslähmung und Behandlung vom Rachen her.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 10. 1903.*

Höchst seltener Fall, bei dem sich durch die Palpation vom Rachen aus ein ziemlich grosser Knochendefect resp. eine mit Granulationen und Knochensequestern ausgefüllte Höhle nachweisen liess; auch bestand Abducenslähmung; Syphilis nicht nachweisbar. Einige Monate nach der ersten Auskratzung der Höhle mittelst Trautmann'schen Löffeln stiess sich ein zweiter Sequester ab. ab. In einem zweiten Fall bestand Lues des Rachens und ein in die cariöse Keilbeinhöhle führendes Loch. SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

56) **E. Fischer. Beeinflusst der M. genioglossus durch seine Function beim Sprechen den Bau des Unterkiefers?** *Anat. Anz. Bd. XXIII. No. 2/3.*

Im Gegensatz zu den Untersuchungen von Walkhoff zeigt F., dass die Sprechfunction des M. genioglossus als alleinige oder als hauptsächliche Ursache für die Ausbildung der Knochenstructur im menschlichen Kinn nicht verantwortlich gemacht werden kann. J. KATZENSTEIN.

57) **E. Krüger. Die Bedeutung des Glossopharyngeus für die Innervation des Wiederkauactes.** *Zeitschr. f. Biol. XLIV. 1. S. 28.*

Der Nerv hemmt die Contractionen des Oesophagus nebst Cardia und begünstigt damit die Rejection des Bissens. Nach Durchschneidung des Nerven bei seinem Austritt aus dem Schädel verödet das sensorielle Epithel der innervirten Zungenschleimhaut (papillae circumvallatae), gleichzeitig verschwindet die Schmeckfähigkeit für Bitter. J. KATZENSTEIN

58) **L. R. Müller** (Erlangen). **Bericht über eine Wiederkäuerfamilie.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1902.*

Drei Personen, bei denen 15—30 Minuten nach der Mahlzeit die Nahrung in einzelnen immer gleich grossen Portionen in den Mund zurückbefördert wird, um wieder eingespeichelt und geschluckt zu werden.

Die Details sind im Original zu lesen. SCHECH.

59) **Gilbert. Fall von mercuriellem Zahnfleischsaum. (Cas de liseré gingival hydrargique.)** *La Belgique Méd. No. 35. 1903.*

Der Autor hatte Gelegenheit ziemlich häufig Arbeitern zu begegnen, welche der Intoxication mit salpetersaurem Quecksilberoxyd ausgesetzt, einen bläulichgrauen Zahnfleischsaum darboten, der in den ausgesprochensten Fällen sich nur wenig von dem bläulichen Zahnfleischsaum der Bleiintoxication und zwar durch die Tendenz zur Verbreiterung, unterschied, sich aber vielfach für den Anblick mit dem bei der Bleiintoxication deckt.

Um die Aehnlichkeit des Quecksilbersaums mit dem des Bleisaums zu demonstriren, stellt Verf. 3 Arbeiterinnen mit Quecksilber- und einen Arbeiter mit Bleintoxication vor mit Angabe der Krankengeschichten. BAYER.

60) **Tschlenow. Fall von hartem Schanker des Zahnfleisches. (Slutschai twerdawo schankra werch. desni.)** *Prakt. Wratsch. No. 35. 1903.*

P. hebt die grosse Seltenheit dieser Localisation hervor. Fournier hat nur 9 Fälle beobachtet. P. HELLAT.

61) **Zuppinger** (Wien). **Beobachtung bei schwerer absteigender Stomatitis aphthosa.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. Vereinsbeilage. 1903.*

Vortr. beobachtete bei Kindern mit schwerer absteigender Stomatitis aphthosa Laryngitis mit bedrohlichen Stenoseerscheinungen. ALBANUS (ZARNIKO).

62) **H. Vincent. Aetiologie der primären Stomatitis ulcero-membranacea. (Étiologie de la stomatite ulcéro-membraneuse primitive.)** *Société de Biologie. 20. Februar 1904.*

Die von Vincent studirte Symbiose des B. fusiformis und der Spirillen ist in zahlreichen Arbeiten mit Unrecht als ausschliessliches infectiöses Agens der Stomatitis ulcero-membranacea bezeichnet worden. V.'s eigene Untersuchungen führten zu einem anderen Ergebniss. In 21 Fällen von idiopathischer Stomatitis war jene Infection nur 10 mal nachweisbar. Diese Stomatitis fuso-spirillaris entsteht häufig unter dem Einfluss der Zahnentwicklung. Sie kann complicirt

sein durch die Anwesenheit des Streptococcus. In einer zweiten Gruppe von Stomatitiden (4 Fällen) war die Entstehung durch Zusammenwirken zahlreicher Mikroorganismen anzunehmen. Schliesslich sind primäre Stomatitiden auch auf pyogene Bacterien zurückzuführen (Staphylococcus, Streptococcus und Tetragenus); davon hat Verf. 7 Fälle beobachtet.

Richtig ist es, dass diesen verschiedenen Formen der Stomatitis keine klinisch ausgeprägten Bilder entsprechen, auf Grund deren man die Diagnose stellen könnte. Will man also eine auf ätiologischer Basis beruhende Diagnose stellen, so muss man zur mikroskopischen Untersuchung und zum Culturverfahren seine Zuflucht nehmen.

PAUL RAUGÉ.

63) **Sack** (Heidelberg). **Zwei Fälle von primärem und isolirtem Lichen ruber planus buccalis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. 1903.*

Mittheilung zweier Fälle von primärer, isolirter Erkrankung auf Zunge und Wangenschleimhaut.

ALBANUS (ZARNIKO).

64) **Druelle. Lichen planus im Munde. (Lichen plan localisé à la bouche.)** *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. 7. Januar 1904.*

Der Lichen planus war vollständig auf die Mundschleimhaut beschränkt; auf der Haut fand sich keine Eruption. Auf der Magenschleimhaut und der Zunge fanden sich kleine rundliche weisse Flecken.

PAUL RAUGÉ.

65) **C. Bruhns** (Berlin). **Lymphangiectasie der Wange.** *Arch. f. Dermatol. 68. Bd. 1. u. 2. H. 1904.*

Bei einer 34 jährigen Frau ergab sich eine eigenthümliche Wulstbildung der Wangenschleimhaut und eine Anschwellung der Wange, speciell in der Gegend der Submaxillardrüse und etwas höher bei gleichzeitiger stark cyanotischer Verfärbung der äusseren Wangenhaut. Aus dem klinischen Befunde wurde angenommen, dass hier ein der Makroglossie oder Makrocheilie ähnlicher Zustand der Wange vorliege, der als ein Lymphangiom resp. ein lymphangiektatischer Process der Wange bezeichnet werden könnte. Die histologische Untersuchung eines excidirten Stückes bestätigte diese Diagnose.

SEIFERT.

66) **v. Bruns. Centrale Actinomycose des Unterkiefers.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 6. 1903.*

Primäre Aktinomykose der Knochen ist äusserst selten, eine Ausnahme macht nur der Unterkiefer und auch hier erfolgt die Infection meist von der Schleimhaut aus. Die centrale Aktinomykose der Unterkiefer tritt in verschiedener Form auf als centrale Caries und als centrale Neubildung, weshalb man diese letztere Geschwulst auch als Aktinomykom bezeichnet. Von dieser Form liegt nur ein einziger Fall vor und zwar von Ducor-Poncet; v. Bruns trägt die Krankengeschichte eines zweiten Falles vor, dessen Details im Original nachzulesen sind.

SCHECH.

67) **Gähtgens** (Königsberg i. Pr.). **Ueber oropharyngeale Tumoren und ihre operative Behandlung.** *Dissert. Königsberg 1903.*

Bei einem 49 jährigen Manne, der hin und wieder über Athembeschwerden und Schluckbeschwerden klagte, wurde hinter dem rechten Arcus palato-pharyngeus ein rother Tumor constatirt, welcher in der Grösse eines Taubeneies die seitliche Rachenwand hervorwölbte. Nach der v. Mikulicz'schen Methode der seitlichen Pharyngotomie wurde der Tumor ausgeschält, Heilung; ein Recidiv trat nicht auf.

Die histologische Untersuchung des Tumors ergab, dass es sich um eine der von Wilms und Berger beschriebenen Mischgeschwülste handelte; ein derartiger Tumor in der seitlichen Wand des oro-pharyngealen Theiles des Schlundkopfes ist bisher noch nicht beschrieben worden.

SEIFERT.

68) **Depage. Krebs der Zunge und des Mundbodens. Massenexstirpation. Laryngectomie. Autoplastik. Heilung. (Cancer de la langue et du plancher de la bouche; Exstirpation en masse. Laryngectomie. Autoplasties. Guérison.)** *La Presse Méd. Belge. No. 47. 1903.*

Am 21. Jan. 1903 entfernte D. nach vorausgeschickter Unterbindung beider Carotiden einem 62 jähr. Manne, welcher vor 10 Jahren an einem Zungenkrebs operirt worden und bei dem in Folge einer Verbrennung Recidiv eingetreten war, auf suprahyoidealem Wege die ganze Zunge mit dem Mundboden, den Submaxillardrüsen und den vor der Carotis gelegenen Lymphdrüsen. Tamponade. Ein Versuch zur Naht missglückte. Da Patient immer die Canüle hätte tragen müssen, da der Speichel beständig in die Trachea geflossen wäre und auf der andern Seite D. die Ernährung ohne Hilfe der Schlundsonde bewerkstelligen wollte, so nahm er die Exstirpation des Larynx vor, was ihm ermöglichte, die Lücke zum grössten Theile zu schliessen. Der Rest der Wundhöhle wurde vermittelst den Wangen entnommener Lappen reconstituirt. Nach einer Reihe von Zwischenfällen: einer ernsteren Bronchopneumonie und einem Erysipel konnte der Kranke am 5. Juli 1903 vollständig geheilt das Krankenhaus verlassen.

BAYER.

69) **Brüning** (Leipzig). **Nomafälle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. Vereinsbeilage. 1903.*

Demonstration von Photographien und Präparaten von Nomafällen aus dem Leipziger Kinderkrankenhaus.

ALBANUS (ZARNIKO).

70) **Benda** (Berlin). **Ueber Angina Ludovici.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. Vereinsbeilage. 1903.*

Demonstration von mikroskopischen Präparaten im Verein für innere Medicin.

ZARNIKO.

71) **Gwilym G. Davis. Angina Ludovici. (Ludwig's Angina.)** *American Journal Medical Sciences. Februar 1904.*

Der Fall betrifft einen 20 jährigen Mann. Tiefe Incision unter Anästhesie mit nachfolgender Drainage führte zur Heilung.

EMIL MAYER.

72) **Maughan. Angina Ludovici; Tod in Lachgasnarkose. (Angina Ludovici; death under nitrous oxide anaesthesia.)** *British med. Journal. p. 551. März 1903.*

Eine Frau, die anscheinend an Tonsillitis litt, wurde in Lachgasnarkose versetzt, um incidirt zu werden. Trotz vorgenommener Tracheotomie starb sie in der Narkose. Die Nekroskopie ergab eine ausgedehnte Angina Ludovici mit Larynxödem.

Low hat ebenfalls einen Todesfall während der Narkose in einem solchen Fall gehabt.

Tyrrell führt diese Todesfälle auf Schwäche des rechten Herzens in Folge von Vergiftung durch septische Stoffe zurück.

E. B. WAGGETT.

73) **A. Kantorowitsch. Ueber die sogenannte brettartige Phlegmone des Halses. (O tak natiwaemoi derewjanistoi flegmone schei.)** *Prakt. Wratsch. No. 17. 1903.*

Beschreibung eines Falles.

P. HELLAT.

74) **G. Sperino. Angeborener Mangel der Glandula submaxillaris an der normalen Stelle; ihre Verlagerung oberhalb des M. mylo-hyoideus; partielle Verschmelzung derselben mit der Glandula sublingualis. (Mancanza congenita della glandula submaxillaris nel sito normale: sua trasposizione sopra il m. mylo-hyoideus: fusione parziale della medesima colla glandula sublingualis.)** *Mem. Acad. Sc. Lett. ed Arti Modena (Sec. Sc.). Ser. 3. Vol. 5.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

75) **Joseph Marshall Flint. Angiologie, Angiogenesis und Organogenesis der Submaxillardrüse. (The angiology, angiogenesis and organogenesis of the submaxillary gland.)** *The American Journal of Anatomy. October 1903.*

Der Gegenstand wird in einem mit zahlreichen Illustrationen versehenen Artikel erschöpfend und in wissenschaftlicher Weise behandelt. In seinem Resumé spricht Verf. aus, dass in der Submaxillaris drei Circulationssysteme praktisch zu unterscheiden sind: das glanduläre, das die Ductus umgebende und die Circulation in der Gerüstsubstanz. Die Rolle, die für die Secretion der Drüse das die Ductus umgebende Circulationssystem leistet, ist unsicher; jedenfalls wird das Epithel der Drüsengänge von ihm ernährt. Die Entwicklung des Gefässsystems in der Submaxillaris hält gleichen Schritt mit derjenigen der Drüsengänge. Gleich den Blutgefässen in der Nebenniere geben die der Submaxillaris einen Hinweis auf die verschiedenen Entwicklungsetappen, durch die die Zellgruppen des Organs hindurchgegangen sind; sie bilden gewissermaassen ein Document von der Ontogenie der Theile. Das Epithel der Drüsengänge besteht bei jungen Embryonen aus einer soliden Zellsäule.

EMIL MAYER.

76) **A. Gilbert und A. Lippmann. Die Mikroben im normalen Speichel. (Le microbisme salivaire normal.)** *Société de Biologie. 20. Februar 1904.*

Verff. haben ihre bakteriologischen Untersuchungen am Ductus Stenonianus des Hundes angestellt. Sie kamen zu folgenden Resultaten:

1. Im Normalzustand befindet sich im Canal eine ausserordentlich reichliche Mikroorganismen-Flora. Sie ist am üppigsten nahe der Mundöffnung des Ductus und nimmt ab, je mehr man sich der Portio nähert.

2. Die intraparenchymatösen Canälchen und das Gewebe der Drüse selbst sind steril.

3. Die Flora des Speichels besteht besonders aus anaëroben Keimen.

4. Der Gehalt an Mikroorganismen kann, je nachdem sich die Drüse in Thätigkeit oder in Ruhe befindet, Veränderungen eingehen. Während des Kauactes kann man eine erhebliche Abnahme der Mikroorganismen constatiren, vermuthlich eine mechanische Folge des Durchströmens des Speichels durch den Canal. Gerade entgegengesetzte Wirkung hat längere Zeit fortgesetztes Fasten.

PAUL RAUGÉ.

77) **Haeckel** (Stettin). **Beitrag zur Kenntniss der symmetrischen Erkrankung der Thränen- und Mundspeicheldrüse.** *Arch. f. klin. Chir. 69. Bd. 1. u. 2. H. 1903.*

Bei einem 21 jährigen Manne entwickelte sich nach einer Contusion der Nierengegend eine symmetrische Schwellung der Thränendrüsen, der Ohr- und submaxillaren Speicheldrüsen. Diese Schwellungen gingen zurück und kehrten wieder nach Enteritis. Die Autopsie ergab neben der Vergrösserung der Thränen- und Mundspeicheldrüsen eine stark vergrösserte Milz, Sugillationen in verschiedenen Organen, zahlreiche Geschwüre im Dickdarm. Wahrscheinlich handelt es sich um einen der Pseudoleukämie nahestehenden infectiösen Process.

SEIFERT.

78) **A. Simin. Zur Casuistik der Speicheldrüsenfistel-Behandlung. (K kasuistike letschenija sljunnich swischtschei.)** *Chirurgia. Februar 1903.*

Nichts Nennenswerthes.

P. HELLAT.

79) **Ch. L. Geudeler. Tuberculose der Parotis. (Tuberculosis of the parotid gland.)** *American Journal Med. Sciences. December 1902.*

Der Fall betrifft eine 57 jährige Frau; der Tumor wurde excidirt. Nach einem Jahre kein Recidiv.

EMIL MAYER.

80) **George B. Wood. Tuberculose der Parotis und die Möglichkeit der Infecfection durch die Tonsillen. (Tuberculosis of the parotid and the possibility of infection through the tonsils.)** *University of Pennsylvania Medical Bulletin. December 1903.*

Der Fall betrifft einen Mann, bei dem eine Schwellung der Parotis auf der linken Seite bestand, die rasch wuchs. Die Gaumenmandeln waren klein, am Hilus fand sich jedoch beiderseits käsiges Exsudat. Die Lymphdrüsen wurden unter Aethernarkose entfernt, die Jugularis externa musste dabei unterbunden werden; unmittelbar oberhalb der Drüse wurde eine derbe Masse gefunden, deren Entfernung ziemliche Schwierigkeit bereitete. Untersuchung der Lymphdrüse gab das typische Bild einer Tuberculose mit geringer Verkäsung. Die Masse oberhalb der Drüse erwies sich als ein tuberculöser Knoten im Gewebe. Verf. ist der An-

sicht, dass der häufigste Weg, auf dem eine Tuberculose der Parotis zu Stande kommt, durch die Gaumentonsillen gebildet wird; in fast allen Fällen von Halsdrüsentuberculose sieht er die wahrscheinliche Eingangspforte in den Gaumen- oder Rachentonsillen, und zwar kann die Durchwanderung der Keime durch das Tonsillargewebe auf dem Wege der ausführenden Lymphgefässe vor sich gehen, ohne dass in jenen selbst irgend welche Spuren der Infection zurückbleiben. Aus Allem resultirt die Bedeutung der Tonsillen als ein Factor in der Entstehung der Tuberculose.

EMIL MAYER.

81) **Jambon** (Lyon). **Epitheliom der Parotis bei einem 6jährigen Kinde. (Épitheliome de la parotide chez une enfant de 6 ans.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 23. December 1903.*

Der Fall ist interessant wegen des Charakters dieser malignen Neubildung bei einem so jungen Kinde. Abgesehen von den klinischen Erscheinungen konnte die Diagnose auf Epitheliom auch durch die mikroskopische Untersuchung gestellt werden. Man fand alveoläre Anordnung von sehr grossen Zellen, deren Contouren so undeutlich waren, dass sie eine grosse protoplasmatische kernhaltige Masse zu bilden schienen. Der Tumor machte histologisch den Eindruck grosser Malignität. Er wurde operativ entfernt; das Resultat der Operation war ein gutes.

PAUL RAUGÉ.

82) **Bouchet. Tumor der Parotis. (Tumeur de la parotide.)** *Société anatomique. 26. Februar 1904*

Es handelt sich um ein recidivirendes Spindelzellen-Sarkom.

PAUL RAUGÉ.

d. Diphtherie und Croup.

83) **Babonneix. Wirkung der Diphtherietoxine. (Action des toxines diphtériques.)** *Société de Biologie. 25. October 1902.*

Durch Einimpfung von Diphtherietoxin bei Hunden und Kaninchen hat Verf. Monoplegien des Gliedes hervorgerufen, an dem die Einspritzung vorgenommen wurde; daneben traten noch andere nervöse Erscheinungen auf, wie man sie bei derartigen Lähmungen beobachtet, auf.

PAUL RAUGÉ.

84) **Hubert H. Rowell. Diphtherie und Antitoxin. (Diphtheria and Antitoxin.)** *Pacific Medical Journal. Januar 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

85) **D'Astros** (Marseille). **Acht Jahre Serumtherapie in Marseille. (Huit années de sérothérapie à Marseille.)** *Académie de médecine. 21. April 1903.*

Vor Einführung der Serumtherapie betrug in Marseille die mittlere Diphtheriesterblichkeit pro Jahr 113 Todesfälle auf 10000 Einwohner. Seit Einführung der Serumtherapie ist die Zahl auf 18, d. h. um $^5/_6$ gefallen.

Diese Besserung der Statistik hat nichts zu thun mit den Schwankungen, wie sie von jeher in der Mortalität der Diphtherie vorkamen und die zumeist auf

eine Coincidenz mit anderen Erkrankungen (Grippe, Masern etc.) zurückzuführen waren. Es ist zu hoffen, dass mit frühzeitigerer Anwendung des Serum die Sterblichkeit noch mehr herabgehen wird.

PAUL RAUGÉ.

86) **L. Martin** (Paris). **Ein Serum für die Localbehandlung diphtherischer Läsionen. (Un sérum pour le traitement local des lésions diphtériques.)** *Société de Biologie. 16. Mai 1903.*

Das Serum von Pferden, die nach der gewöhnlichen Methode gegen die Diphtherie immunisirt sind, hat keine agglutinirenden Eigenschaften. Man kann solche jedoch hervorrufen, indem man den Thieren Bacterien unter die Haut spritzt, die eine Stunde lang Hitze von 100^0 ausgesetzt waren. M. hat bemerkt, dass diesem Serum eine sehr ausgesprochene locale Wirkung auf die Diphtheriemembranen zukommt; dieselben quellen auf, werden gelb und lösen sich bald ab.

PAUL RAUGÉ.

87) **M. D. Rabenovich. Weitere Beobachtungen betreffs der Dosirung des Antitoxins bei Diphtherie. (Further observations in the dosage of antitoxin in diphtheria.)** *American Medical Compend. Juni 1903.*

Die besten Resultate werden erzielt mit einer Einspritzung von 3000, und in schweren Fällen von 5000 I.-E., die in Zwischenräumen von 2—6 Stunden, je nach der Wirkung, wiederholt wird. Da wir keine Mittel besitzen, um festzustellen, wie viel Diphtherietoxin im Organismus des Patienten kreist, so ist auch die Menge des zu seiner Neutralisirung nöthigen Antitoxins nicht genau zu bestimmen. Es giebt Fälle, in denen die erforderliche Menge von I.-E. bis auf 50000 steigen kann.

EMIL MAYER.

88) **Louis Fischer. Therapeutische Vorschläge bei Diphtherie. (Therapeutics suggestions in diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 18. Juli 1903.*

Eine ausgezeichnete Arbeit, in der Verf. u. A. auf die Bedeutung der Mischinfection mit Diphtheriebacillen und Streptokokken eindringlich hinweist, bei der die Behandlung mit Diphtherieantitoxin allein nicht ausreicht, sondern noch eventuell ein Antistreptokokkenserum daneben angewandt werden muss. Um zu entscheiden, ob nur einfache Diphtherie vorliegt oder ob eine Complication mit Streptococcaemie vorhanden ist und danach die Behandlung einrichten zu können, ist nicht nur eine bacteriologische Untersuchung des Belags im Rachen, sondern auch eine solche des Blutes erforderlich. Ein grosser Werth ist bei der Behandlung auch auf Roborantien zu legen.

LEFFERTS.

89) **Wieland** (Basel). **Ueber Diphtherieserum.** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 14 u. 15. 1903.*

Die Arbeit bespricht ein grosses Beobachtungsmaterial aus den Jahren 1880 bis 1900 aus dem Kinderspital in Basel. Verf. befleissigt sich darin gegenüber den Einwänden noch mancher starrköpfiger Gegner der Serumbehandlung einer vortrefflichen Gründlichkeit seiner Ausführungen. Er verwendet nur die zur Tracheotomie gelangten Spitalfälle als die einwandfreisten. Auch bei

diesen zeigt sich seit der Serumzeit, ein einziges Jahr ausgenommen, ein ganz bedeutendes Sinken der Sterblichkeitscurve. Die Art der Serumwirkung tritt bei den Autopsien deutlich zu Tage, indem bei den mit Serum behandelten Fällen fast keine Localisationen mehr in den Bronchien gefunden werden, während dieselben in den Vorjahren stets die hauptsächlichste Todesursache bildeten. Das Serum zeigt somit eine bedeutende Flächenwirkung. Dieselbe kommt auch bei weniger frühzeitiger Anwendung des Serums — bis zum 6. Tage — noch zu Stande und der Tod tritt dann meist durch Pneumonie oder specifische Intoxication ein, gegen welch letztere nur die frühzeitige Serumbehandlung wirksam sei. Am schönsten zeige sich der absolute Erfolg des Serums bei den Hausinfectionen des Kinderspitals, welche meist sehr toxischen Charakter zeigen und früher gewöhnlich letal endigten, während jetzt die Fälle schon im ersten halben Tage erkannt und injicirt werden und kein einziger Todesfall mehr vorkommt. Die Entgiftung des Blutes sei das Hauptverdienst des Serum, wie schon lange bekannt.

JONQUIÈRE.

90) **Taillens** (Lausanne), **Betrachtungen über die antidiphtherische Serumtherapie. (Considérations sur la sérothérapie antidiphtérique.)** *Revue méd. suisse romande. No. 7. 1903.*

Verf. verfügt über 52 mit Serum behandelte, ganz ausgesprochene und sicher gestellte Fälle von Diphtherie mit Allgemeinerscheinungen. Er ist absoluter Anhänger der Serumbehandlung und hat unter den 52 Fällen alle zu rascher Heilung gebracht und bei einem einzigen eine kleine Urticaria als Nebenerscheinung der Einspritzung gesehen. Er behauptet, dass man stets mit der kleinen Dose von 10 ccm auskomme, vorausgesetzt, dass man eine anerkannte locale Behandlung nicht vernachlässige. Dagegen ist Verf., sowohl theoretisch als practisch, absoluter Gegner der prophylactischen Einspritzungen, offenbar, und zwar nach reichlichen Spitalerfahrungen Anderer, mit Unrecht.

JONQUIÈRE.

91) **J. E. Kempter. Der Gebrauch von Antitoxin bei Diphtherie während der Schwangerschaft. (The use of antitoxin in diphtheria associated with pregnancy.)** *Maryland Medical Journal. August 1903.*

Die im 8. Monat schwangere Pat. wurde während einer Erkrankung an Diphtherie mit positivem Befund von Löffler'schen Bacillen 3000 I.-E. Serum injicirt. Es trat Heilung ein und ein Monat später wurde ein gesundes Kind geboren.

EMIL MAYER.

92) **C. F. Weldon. Die häufigere Anwendung des Antitoxin. (The more frequent use of antitoxine.)** *N. Y. Medical Journal. 14. November 1903.*

Verf. hat die Dosis des eingespritzten Serums auf 2000 I.-E. reducirt, macht jedoch die Intervalle zwischen den Injectionen kürzer, so, dass er alle 3 Stunden bis zum Sichtbarwerden einer Besserung eine Einspritzung macht.

LEFFERTS.

93) **Kisel** (Halle a. S.). **Diphtherietodesfälle und Diphtherieheilserum in Halle a. S.** *Corresp.-Blätter d. allg. ärztl. Ver. v. Thüringen. No. 11. 1903.*

Von einer epidemischen Häufung der Fälle konnte auch im Jahre 1902 nicht

die Rede sein und ausserdem verliefen die Erkrankungen verhältnissmässig gutartig, da von 292 unter Einheimischen gemeldeten Erkrankungsfällen nur 29 tödtlich endigten. Die auffällige Abnahme der Diphtherie in den letzten Jahren führt R. darauf zurück, dass die Behandlung der Erkrankten mit Diphtherie-Heilserum nicht nur den Verlauf des einzelnen Krankheitsfalles viel leichter gestaltet, sondern ihn auch wesentlich abkürzt. Infolgedessen ergreift nunmehr der einzelne Erkrankungsfall ungleich weniger von dem die Verbreitung der Krankheit bedingenden Diphtherieerreger, als bei der früher geübten Behandlung und ferner beschränkt die kürzere Dauer der Erkrankung die Gelegenheit zur Uebertragung dieses Erregers auf andere Personen erheblich. Dazu kommt noch die Wohnungsdesinfection, nicht nur bei jedem Sterbefalle, sondern auch bei jedem Erkrankungsfalle.

SEIFERT.

94) **Sevestre** und **Aubertin** (Paris). **Nachwirkungen des Serum in Form von Angina. (Accidents angineux due sérum.)** *Société de Pédiatrie. 21. April 1903.*

Verf. beschreibt das Wiederauftreten der Symptome von Angina und Croup in der Periode der Spätsymptome des Serums, nämlich am 12. oder 13. Tage, bei Kindern in der Reconvalescenz nach Diphtherie.

Es handelt sich dabei nicht nur um ein Wiederaufflammen der Diphtherie, sondern auch eine Nachwirkung des Serums mit Localisation im Rachen und Kehlkopf.

Diese Nachwirkungen sind ephemer, und selbst wenn Suffocationserscheinungen auftreten, empfiehlt es sich, mit der Intubation zu warten.

PAUL RAUGÉ.

95) **Oberwinter** (Köln a. Rh.). **Ueber die nach Injection von Diphtherieheilserum auftretenden Exantheme, insonderheit über die scharlachähnlichen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1903.*

In einem Jahr 200 Seruminjectionen (Höchster Serum No. III) 1500 bis 3000 A.-E. Injectionsstelle: Aussenseite des Oberschenkels. Eintheilung dieser Exantheme in locale und allgemeine.

Letztere in Form der Masern, Rötheln resp. des Erythema exsudativum multiforme und deren Combinationen oder der „spriesslichen“, scharlach-ähnlichen Exantheme. Besprechung von Fällen der einzelnen Kategorien.

ALBANUS (ZARNIKO).

96) **G. Mya. Subglottisches Oedem nach Injectionen von Antidiphtherieserum. (Edema sottoglottideo da iniezione di siero antidifterico.)** *Rivista di Clinica Pediatrica. Januar 1904.*

Bei einem 7 jährigen Knaben, dem zur Prophylaxe 500 J. E. Pasteur'schen Serums injicirt wurden, traten nach $1^1/_2$ Stunden Röthung der Conjunctiva, bellender Husten und zahllose Urticariaquaddeln auf der ganzen Haut auf; diese Erscheinungen hielten zwei Stunden lang an. Ungefähr 8 Stunden nach der Injection trat wieder Röthung der Conjunctiva und bellender Husten auf; dazu

gesellten sich Diarrhoe und Polyurie. Gleichzeitig machten sich Zeichen von Larynxstenose geltend, die sich bis zu heftigen Einziehungen im Jugulum steigerten und mehrere Stunden lang dauerten, bis sie nach Anwendung von Brom und feucht-warmen Halspackungen allmälig nachliessen. Mit Ablauf der Stenoseerscheinungen zeigten sich wieder grosse Urticariaquaddeln; Temperatur 40°. Nach 2 Tagen waren alle Erscheinungen verschwunden.

Es handelt sich nach Ansicht des Verfs., der bereits früher 3 ähnliche Fälle publicirt hat, um ein transitorisches Larynxödem, eine Art von Urticariaeruption im Kehlkopf. Die Kenntniss dieser Möglichkeit ist von grosser praktischer Wichtigkeit, weil unter solchen Umständen eine von Verkennung der Thatsachen ausgehende Weiteranwendung von Serum leicht verhängnissvoll werden könnte.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

97) **Seiffer** (Berlin). **Die Accessorius-Lähmungen bei Tabes dorsalis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 40 u. 41. 1903.*

Verf. möchte der Thatsache der Seltenheit der sog. äusseren Accessoriuslähmungen (d. h. Lähmungen der Mm. cucullaris und Sternocleidomastoideus) — nur 3 eigene, 6 Fälle aus der Literatur — und der relativen Häufigkeit der Kehlkopfmuskellähmungen bei Tabes Gewicht beilegen zu Gunsten der Annahme der reinen Vagusinnervation des Kehlkopfes, weil bei der Annahme einer Innervation der Kehlkopfmuskeln vom sog. inneren Ast des Accessorius bei der Häufigkeit der Kehlkopfmuskellähmungen öfter auch die vom sog. äusseren Ast des Accessorius innervirt gedachten Mm. cucullaris und Sternocleidomasteideus bei Tabes gelähmt gefunden werden müssten.

ALBANUS (ZARNIKO).

98) **R. Saundby** und **J. Hewetson** (Birmingham). **Ungewöhnliche nervöse Complicationen bei einem ausgedehnten Speiseröhrenkrebs. (Extensive carcinoma of the Oesophagus with unusual nervous complications.)** *Brit. med. Journal. 12. März 1903.*

Verf. geben eine nach der klinischen und pathologischen Seite erschöpfende Darstellung dieses einen 50jährigen Mann betreffenden Falles. Was denselben für den Laryngologen ganz besonders interessant macht, ist der Umstand, dass hier eine ausgesprochene Ausnahme von dem Semon'schen Gesetz vorzuliegen scheint, indem die Bewegungsstörungen an den Adductoren früher auftraten und intensiver waren, als an den Abductoren. Als Patient zuerst untersucht wurde — am 13. März 1902 — wurden die Stimmlippen unvollkommen adducirt; am 16. wurden sie bei Respiration und Phonation in Abductionsstellung gesehen und nur sehr wenig adducirt. Am 2. April näherten sich die Stimmlippen überhaupt nicht; die Oeffnung zwischen ihnen blieb, wenn ein Phonationsversuch gemacht wurde, ganz weit. Am 29. April waren sie völlig unbeweglich in noch ausgesprochenerer Abductionsstellung als vorher. Pat. starb am nächsten Tage an Herzschwäche. Verf. geben einen ausführlichen Sectionsbericht mit Illustrationen des makroskopischen und mikroskopischen Befundes. Die N. recurrentes wurden sowohl

an der Stelle untersucht, wo sie in dem Tumor eingebettet waren, als nach ihrem Austritt aus demselben; in dem letzteren Theil zeigten sie eine ausgesprochene Zerstörung der Axencylinder. Eine sorgfältige mikroskopische Untersuchung der Kehlkopfmuskeln wurde gleichfalls angestellt.

Der Pat. hatte etwas länger als zwei Monate hindurch an Beschwerden von Seiten des Kehlkopfs und Verlust der Stimme gelitten. Es war daher hinreichend Zeit dafür, dass die Erkrankung der Nerven in den von ihnen versorgten Muskeln erhebliche Veränderungen nach sich zog. Die Muskeln zeigten eine Verminderung und Schrumpfung der Muskelfasern, Verlust der Querstreifung und Längsfaserung. Die Muskelsubstanz hatte ein hyalines Aussehen und nahm Farbstoffe schlecht an. An ausgedehnten Stellen waren die Muskelfasern ganz verschwunden und wurden durch fibröses Gewebe ersetzt. Die Muskeln, die den am weitesten vorgeschrittenen Herd von Degeneration aufweisen, waren die Adductoren, besonders der M. thyreo-arytaenoideus, weniger ausgedehnt die Crico-arytaenoidei laterales und Arytaenoidei. Die Abductoren waren in geringerem Grade betroffen. Die Muskeln auf der rechten Seite, sowohl Adductoren, wie Abductoren, hatten mehr gelitten, als die auf der linken Seite. Schnitte durch die M. crico-thyreoidei boten ein Bild, das in scharfem Contrast stand zu dem der andern Kehlkopfmuskeln und zeigten in unzweideutiger Weise, dass der N. laryngeus externus durch den Tumor ungeschädigt geblieben war.

Die klinische Beobachtung hatte ergeben, dass die Adductorlähmung ein frühzeitiges und constant bleibendes Symptom während der ganzeu Zeit war, die der Pat. im Hospital war. Die Function der Abductoren dagegen schien wohl erhalten bis einige Tage vor dem Tode des Patienten, wo eine geringe Annäherung der bis dahin weit geöffneten Glottis zu constatiren war. Angesichts der Thatsache, dass die M. adductores bei der Untersuchung sich viel degenerirter erwiesen, als die Abductores, würde sich schwer die Behauptung aufrecht erhalten lassen, dass das Offenstehen der Glottis auf einen Krampf der Postici zurückzuführen gewesen wäre, der seinen Grund in einer Reizung des Nerven durch den Tumor hatte. Die vernünftigste Erklärung würde sein, dass die zu den Abductoren gehenden Nervenfasern früher und in grösserem Umfang geschädigt wurden, als die zu den Abductoren gehenden; wobei natürlich vorausgesetzt wäre, dass die im Recurrensstamm verlaufenden Nervenfasern in besondere Bündel für die einzelnen Muskeln getheilt sind.

JAMES DONELAN.

99) **Quinke** und **Gross** (Kiel). **Ueber einige seltenere Localisationen des acuten umschriebenen Oedems.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1 u. 2. 1904.*

I. Ein Fall, der acute Oedeme an den verschiedensten Haut- und Perioststellen bot, bekam zeitweise Oedeme am Zahnfleisch und am weichen Gaumen.

II. Fälle von acutem Oedem des Larynx und der tieferen Luftwege: 17jähriger Lehrling, plötzlich tiefsitzende Schluckbeschwerden ohne Heiserkeit. 38°. Epiglottis, rechte Larynxhälfte ödematös. In 3 Tagen normal. Nach 1 Jahr ähnlicher Anfall.

26jähriger Arbeiter, früher 10 derartige Anfälle, die immer in 1 Tag zurückgingen. Jetzt Halsschmerz, geringe Cyanose, wenig Dyspnoe. An der Epiglottis

und den aryepiglottischen Falten voluminöse Oedeme, zum Theil auch subglottisch, links stärker als rechts. In einer Woche auf Wunsch Entlassung mit nur geringem Befund.

20jährige Köchin. Halsschmerzen, allmälig Athemnoth, plötzlich Erstickungsanfall nach Treppensteigen. Danach Husten, Lungenödemsputum. Ueber den Lungen diffuse, reichlich feuchte Rasselgeräusche. Nächsten Tag Oberlippen- und Gesichtsödem. Anamnestisch öfter Hautschwellung und Anfälle von Athemnoth.

III. Acutes Oedem des Digestionstractus: 18jähriger Klempner: Bei acutem Hautödem Zungenschwellung. 26jähriger Deckoffizier: öfter flüchtige Oedeme, einmal an der Uvula. 56jähriger Arzt: Uvula und weicher Gaumen ödematös, dazu Erscheinungen im Bereiche des Digestionstractus. ALBANUS (ZARNIKO).

100) **Garel** und **Bonamour. Das angioneurotische Kehlkopfödem. (De l'oedème laryngé angio-neurotique.)** *Annales des Maladies de l'oreille, du larynx etc. No. VII. 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt. E. J. MOURE.

101) **Wm. J. Watson. Intubation. (Intubation.)** *Maryland Medical Journal. Mai 1903.*

In manchen Fällen entsteht bei der Extubation Dyspnoe, so dass sofort wieder zur Intubation geschritten werden muss. In einem Fall wurde die Tube 34 mal ausgehustet und musste jedes Mal prompt wieder eingeführt werden; schliesslich Heilung. In einem andern Fall, in dem die Tube im Ganzen 83 Tage getragen wurde, waren 7 Reintubationen nöthig. EMIL MAYER.

102) **Cruchet. Intubation in einem Fall von Maserncroup; Heilung. (Tubage dans un cas de laryngite morbillaire suffocante; guérison.)** *Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux. September 1903.*

Ueber die Frage, ob es bei Maserncroup nöthig ist, zu intubiren, besteht keine Einigkeit. Doch scheint mehr für die Berechtigung der Intubation in diesen Fällen zu sprechen. Verf. ist der Ansicht, dass man sich mit der Intubation nicht allzu sehr beeilen soll, da diese Fälle zur Spontanheilung neigen. Natürlich darf andrerseits der geeignete Moment für den Eingriff nicht verabsäumt werden.

E. J. MOURE.

103) **M. Dodin. Maserncroup und 4 Tracheotomien infolge desselben. (Korewoi krup i 4 sl. tracheotomia po poweda jewo.)** *Wratsch Gaz. No. 12. 1903.*

D. beobachtete während einer schweren Maserepidemie in Elisawetgrad 4 Fälle von Croup, in denen er die Tracheotomie ausführte, die jedoch alle letal verliefen.

Im ersten Falle trat eine Blutung am 5. Tage nach der Tracheotomie auf, obgleich die Canüle auf einige Stunden hin und wieder entfernt wurde. — Die übrigen gingen an Pneumonie zu Grunde. Obduction wird in dem Landschaftshospital zu Elisawetgrad nicht gemacht (! Ref.).

D. ist der Meinung, dass in seinen Fällen der Croup kein diphtheritischer war.

P. HELLAT.

104) **Brunard. Ist die Enucleation ein schlechtes Verfahren für die Tubenentfernung? Soll die Enucleation nur ein Ausnahmeverfahren sein? Verursacht dieselbe Kehlkopf- und Trachealulcerationen? (L'énucleation estelle un mauvais procédé de détubage? L'énucleation doit-elle être un procédé de détubage d'exception? Provoque-t-elle desulcérations du larynx et de la trachée?)** *La Clinique. No. 23. 1903.*

B. bekämpft die Ansicht A. Delcourts, welcher die Enucleation als Ausnahmsmethode gelten lassen will für den Fall der höchsten Noth. Er sieht in der Enucleation nicht die Ursache von Trachealulcerationen. Zur Stütze seiner Ansicht führt er 4 Beobachtungen vor. Er kennt nur 2 Fälle von Kehlkopfstenosen unter mehr als 150 Intubationsfällen; bei diesen Fällen wurde allerdings die Tube enucleirt, doch seien dies, wie gesagt, auch äusserst seltene Vorkommnisse.

Die Enucleation habe die Probe der Zeit bestanden und besitze den unschätzbaren Vorzug einer leichten Ausführbarkeit.

BAYER.

105) **Brunard. Betreffend die 3 oben angeführten Fälle, in welchen die Enucleation Kehlkopfgeschwüre veranlasst habe. Schlussbemerkung und Discussion. (A propos de trois cas précités, où l'énucléation aurait provoqué des ulcérations du larynx. Remarque pour clore la discussion.)** *La Clinique. No. 24. 1903.*

Der Autor kommt auf seinen vorausgehenden Artikel zurück, und hält an seiner ersten Ansicht fest, nämlich, dass die Enucleation der langen und kurzen Tube eine zum Mindesten ebenso empfehlenswerthe Methode sei, als die Extraction und dass dieselbe noch weniger Schaden anstifte, als die letztere.

BAYER.

106) **Brunard. Tödtlicher Geschwürspasmus infolge von Intubation. (Spasme ulcératif mortel consécutif au tubage.)** *La Clinique. No. 28. 1903.*

Die Intubation wurde bei einem 14jährigen Jungen successive mit Tuben No. 1 u. 2 ausgeführt. Die Röhre No. 1 hatte innerhalb 5 Tagen Ulcerationen hervorgebracht, worauf enucleirt und eine Tube No. 2 eingeführt wurde. Nach verschiedenen Ex- und Intubationen trat nach der letzten Detubation plötzlich der Tod ein in Folge eines Spasmus. Die Autopsie ergab ausgebreitete Ulcerationen des Ringknorgels und der Trachea; an der vorderen Wand der Trachea unterhalb der halbkreisförmigen Ulceration des Ringknorpels bestanden zwei übereinandergelegene, scharf ausgeschnittene Ulcerationen.

Wenn man sich Trachealulcerationen gegenüber befinde, so sei es am besten, die Intubation fortzusetzen, aber mit ausgewählten Tuben, welche den Druck auf ein Minimum reduciren. Habe sich schon eine Stenose gebildet, so könne man die Laryngofissur mit darauffolgender Abtragung des Narbengewebs ev. mit Intubation vornehmen.

BAYER.

107) **A. Delcourt. Bezüglich der Trachealulceration nach der Intubation. (A propos des ulcérations trachéales consécutives au tubage.)** *La Clinique. No. 24. 1903.*

Der Autor bekämpft den vorhergehenden Artikel Brunard's bezüglich der

Enucleation und räth von Neuem den O'Dwyer'schen Extractor für lange Tuben anzuwenden, und das Bayeux'sche Verfahren für die Fälle der äussersten Noth zu reserviren.

Er kommt auf die Brunard'schen Beobachtungen zurück und vervollständigt dieselben, indem er constatirt, dass bei drei Fällen darunter Trachealulcerationen existirt hätten und bei diesen drei Fällen die Enucleation vorgenommen ward.

BAYER.

108) **A. Delcourt. Betreffend die Trachealulceration infolge von Intubation. (A propos des ulcérations trachéales consécutives au tubage.)** *La Clinique. No. 25. 1903.*

D. stellt den Thatbestand bezüglich der Fälle Brunard's klar, insofern als in dem Krankenjournal von den Internen die Bemerkungen „Enucleation" und „Reintubation" eingetragen wurden, nachdem Brunard schon Einsicht davon genommen hatte.

BAYER.

109) **A. Delcourt. Die Kehlkopf- und Trachealulcerationen im Gefolge der Intubation. (Les ulcérations laryngées et trachéales consécutives au tubage.)** *La Presse Méd. Belge. No. 18. 1903.*

Cfr. Bericht aus No. 24, 1903 der „La Clinique" über diesen Gegenstand.

BAYER.

110) **A. Delcourt. Die Kehlkopf- und Trachealulcerationen im Gefolge der Intubation. (Les ulcérations laryngées et trachéales consécutives au tubage.)** *Annales de la Soc. Méd. Chir. de Brabant. No. 5. 1903.*

Vergl. die vorhergehenden Berichte über dieses Thema. Wiederholung.

BAYER.

111) **A. Delcourt. Larynxulcerationen nach Intubation. (Ulcères du Larynx après Tubage.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 15. 1903.*

In der Sitzung vom 27. Februar 1903 der anotomo-pathologischen Gesellschaft von Brüssel zeigt D. eine Reihe von Kehlköpfen, herstammend von Kindern, die während verschieden langer Zeit intubirt waren; dieselben sind der Sitz von Ulcerationen, welche sich

1. im Bereiche der Ringknorpelplatte, und 2. an der vorderen Trachealwand befinden. Erstere entstehen durch Druck der Tuben, letztere entsprechen dem untern Tubenende, begünstigt durch den Decubitus und das Reiben des Tubenendes auf der Trachealschleimhaut während der Hustenanfälle.

D. glaubt, dass die Enucleation der langen Tuben durch die Bayeux'sche Methode das Zustandekommen der Ulceration begünstige. Er räth daher für die langen Tuben dem O'Dwyer'schen Extractionsverfahren den Vorzug zu geben. Bei Kindern ohne Zähne könne man den Faden liegen lassen.

BAYER.

112) **Georgiewski. Ueber Decubitus des Larynx bei Intubationen. (O proleshnjach pri intubazii.)** *Prakt. Wratsch. No. 41—45. 1903.*

Das Material von G. wurde von 1901 an gesammelt. Es umfasst 212 Intubationen mit 75 Heilungen und 137 Todesfällen.

G. constatirt die Thatsache, dass nicht alle Geschwüre bei der Intubation derselben zur Last gelegt werden dürfen. Traumen, welche durch die Intubation hervorgerufen werden, begünstigen den Decubitus. Der Ort des D. ist hauptsächlich die vordere Wand und der vordere Theil der Stimmbänder.

Auf 98 Autopsien beobachtete G. 70 Decubitusfälle. Zur Erzeugung des D. trägt die Form der Intubationsröhre viel bei. G. fertigt dieselben derart an, dass sie vorne viel schmäler sind, als die ursprünglichen O'Dwyer'schen. Ausserdem führte G. Röhren mit einem beweglichen unteren und festen oberen Theile ein. Diese Intubationsröhren sind nach Art der König'schen Trachealcanülen angefertigt.

P. HELLAT.

113) W. C. Northrup. **O'Dwyer'sche Intubationsinstrumente. Einige neue Zusätze dazu. (O'Dwyer intubation instruments. Some recent additions.)** *Archives of Pediatrics. Juli 1903.*

Jede Tube hat ihren eigenen an ihr befestigten Obturator; dieser wird nicht mehr an den Handgriff angeschraubt. Ferner sind zwei kleinere Nummern hinzugefügt für Kinder unter einem Jahr. Hartgummituben sind vorzuziehen und zwar sollen solche nur von einem Instrumentenmacher bezogen werden, der sich genau an O'Dwyer's Muster hält.

EMIL MAYER.

114) Leiner (Wien). **Mediastinales Emphysem bei tracheotomirten Kindern.** *Jahrb. f. Kinderheilkde. 58. Bd. 2. H. 1903.*

In der Zeit vom November 1901 bis October 1902 wurden im Carolinenspitale in Wien 12 Kinder wegen Kehlkopfdiphtherie tracheotomirt, in nicht weniger als 9 Fällen konnte Luftansammlung im Mittelfellraum nachgewiesen werden. Die Diagnose wurde in den letal endenden Fällen durch die Section bestätigt. Das Hauptsymptom war ein mit der Herzaction synchrones, feinblasiges Knistern. In der Mehrzahl der Fälle war dieses entlang dem linken und rechten Sternalrand auch mit der Respiration, namentlich bei tiefen Athemzügen hörbar. Prognostisch hat dieses mediastinale Emphysem keinen wesentlichen Einfluss auf die Grundkrankheit. In allen diesen Fällen war das mediastinale Emphysem zweifellos durch ein Herabwandern vom Halse entstanden.

SEIFERT.

115) Martini (Graz). **Die Arrosionsblutungen nach der Tracheotomie durch Canülendecubitus.** *Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 69. Bd. 5. u. 6. H. 1903.*

In den beiden Fällen, welche Martini aus der Grazer chirurgischen Klinik mittheilt, handelte es sich um zwei Erwachsene, bei welchen die Autopsie ausgedehnte Decubitusgeschwüre an der vorderen Wand der Trachea ergab.

SEIFERT.

116) Tschudi (Zürich). **Fall von Fremdkörper im Larynx.** *Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 15. 1903.*

Zwetschenstein bei 8jährigem Mädchen unterhalb der Stimmbänder eingekeilt. Starke Struma und schwierige Tracheotomie. Erst nach theilweiser Exstirpation des Kropfes gelingt die Entfernung des Fremdkörpers von hier aus.

JONQUIÈRE.

117) **Pieniazek. Eigene Casuistik der inspirirten Fremdkörper nebst Bemerkungen über die Extraction derselben aus den tieferen Luftwegen.** *Monatsschrift f. Ohrenheilkde No. 12. 1903.*

Mittheilung von 26 hierbergehörigen Fällen, von denen jeder seine besonderen Schwierigkeiten darbot; weshalb ein kurzes Referat hier unmöglich ist. Im allgemeinen befürwortet P. bei der Extraction der in den Bronchien sitzenden Fremdkörper eine tiefe Tracheotomie.

SCHECH.

118) **Dudrewicz. Entfernung eines Stückchens Drainrohres aus dem rechten Bronchus. (Z posiedzen laryngologiczns-otyatryozych.)** *Medycyna. No. 44. 1903.*

Bei einer Kranken, bei welcher die Laryngotomie ausgeführt war, glitt ein Stückchen Drainrohres, welches zwischen die Stimmbänder gelegt und an die Haut angenäht war, in den Bronchus. Die Kranke athmete ziemlich frei, klagte nur über Schmerzen in dem vorderen Brusttheile. Mittels Tracheoskopie wurde das Rohr in dem rechten Bronchus entdeckt und mittels einer Kornzange entfernt.

A. SOKOLOWSKI.

119) **A. Orlowski. Entfernung eines Sonnenblumenkörnchens aus der Luftröhre. (Udalenie is yorla semetschka podsolnetscsnika.)** *Chirurgia. Februar 1903.*

Beschreibung eines Falles, in dem der Fremdkörper durch Tracheotomie entfernt wurde.

P. HELLAT.

120) **Tsakyroglous. Zwei Fälle von Blutegeln in der Trachea.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1904.*

Bei dem ersten Falle gelang die Extraction erst nach Cocainisirung des Kehlkopfes, bei dem zweiten Falle schien das Cocain ebenfalls ein starkes Gift für den Parasiten zu sein, der ganz betäubt war und bald darauf starb; im ersten Falle war der Blutegel 6, im zweiten Falle 9 Tage in der Trachea.

SCHECH.

121) **G. Agnew. Fremdkörper in einem der Hauptäste des linken Bronchus. Versuch einer Entfernung mittels hinterer Bronchotomie durch die Pleurahöhle. (Foreign body in one of the main divisions of the left bronchus. Attempted removal by posterior bronchotomy through the pleural cavity.)** *Lancet. Mai 1903.*

Ein 18jähriger junger Mann verschluckte im Schlaf eine kleine Pfeife. Die Trachea wurde eröffnet, der Fremdkörper war jedoch nicht auffindbar. Mittels Radiogramms sah man ihn zwischen der 5. und 6. Rippe. Es wurden vergebliche Versuche gemacht, ihn mit einem Haken zu entfernen. Schliesslich entschloss man sich, das Mediastinum posterius zu eröffnen und ein Stück von der 3., 4., 5. und 6. Rippe zu entfernen; jedoch es wurde nichts gefunden. Die Wunde heilte in einigen Wochen und die Pfeife war nicht mehr sichtbar.

ADOLPH BRONNER.

122) **J. Coutts. Langes Verweilen eines Fremdkörpers in einem Bronchus. (Prolonged impaction of a foreign body in a bronchus.)** *Lancet. 21. August 1903.*

Ein $3^1/_2$jähriges Kind klagte einen Monat lang über leichte Schmerzen in

der rechten Brustseite. Ueber dem ganzen rechten Unterlappen bestand Schalldämpfung. Kein Husten. Es wurde einmal in der Annahme eines Empyems ohne Erfolg die Probepunction gemacht. Plötzlicher Exitus nach fünfwöchentlichem Aufenthalt im Hospital. Es fand sich der rechte Mittel- und Unterlappen derb; unter der Pleura zahlreiche kleine Abscesshöhlen. Man fand im rechten Bronchus oberhalb des Hauptastes des Mittellappens eine Erbse. ADOLPH BRONNER.

123) **Arnold Schwyzer. Ueber Bronchoskopie. (On Bronchoscopy.)** *Annals of Surgery. Februar 1904.*

Bericht über einen Fall, in dem ein Fremdkörper mittels des Bronchoskops aus dem rechten unteren Lungenlappen entfernt wurde. Der Bronchoskopie musste die Exstirpation einer grossen Struma vorausgeschickt werden, Tracheotomie wurde 2 Wochen später gemacht. Die unter Cocain und Adrenalin vorgenommene Untersuchung und Extraction des Fremdkörpers, eines Knochens, nahm 2 Stunden und 15 Minuten in Anspruch und wurde von dem Patienten gut vertragen. EMIL MAYER.

124) **Trétrop. Die Tracheobronchoskopie nach dem Killian'schen Verfahren. Erste Tracheobronchoskopie in Belgien. (La trachéobronchoscopie par la methode de Killian. Première trachéo-bronchoscopie en Belgique.)** *La Clinique. No. 25. 1903.*

T. macht eine Beschreibung der Killian'sche Methode, bei welcher zuerst Pharynx, Larynx und Trachea anästhesirt werden, worauf der Tubus eingeführt wird, indem die Zungenbasis bei nach vorne gezogener Zunge stark niedergedrückt wird.

Die Tracheoskopie kann ebenfalls durch eine Trachealöffnung vorgenommen werden. Diese Untersuchungsmethode ergiebt vorzügliche Resultate. Eine von Trétrop vorgenommene bronchioskopische Untersuchung bei einem 17jährigen jungen Mann, bei welchem ein Knochenstück in die Respirationswege eingedrungen war, liess den Fremdkörper im linken Bronchus erkennen. Die Einführung der Tube war mit grossen Schwierigkeiten verbunden. BAYER.

f. Schilddrüse.

125) **H. Cristiani. Compensatorische Hypertrophie der Schilddrüsenpfropfungen. (Hypertrophie compensatrice des greffes thyroidiennes.)** *Compt. rend. Soc. Biol. T. 55. No. 22. p. 783—784.*

Dem Referenten nicht zugänglich. J. KATZENSTEIN.

126) **L. L. Mc. Arthur. Acute eitrige Thyroiditis. (Acute suppurative thyroiditis.)** *Chicago Medical Reporter. December 1903.*

Die acute Thyreoiditis endet gewöhnlich in 10—12 Tagen durch Resolution. Der Ursprung der eitrigen Thyreoiditis ist stets bacterieller Natur; gewöhnlich stellt sie eine Complication anderer Infectionskrankheiten dar, besonders des Puerperalfiebers, der Pneumonie oder des Typhus. Ausser localer Anschwellung und

Schmerzen bestehen Schluckbeschwerden, bisweilen heftiges Nasenbluten, Uebelkeit und Erbrechen infolge Druck auf den Vagus, Heiserkeit, Stimmbandlähmung und Dyspnoe. Häufig ist die Differentialdiagnose gegenüber einem Abscess im Anfangstheil des Oesophagus schwierig. Die Behandlung besteht in Eröffnung und Drainirung. Verf. berichtet über 5 Fälle.

EMIL MAYER.

127) **Krause** und **Hartog** (Köln). **Ueber Strumitis posttyphosa und den Nachweis der Typhusbacillen im Strumaeiter.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 33. 1903.*

Patient, seit Kindheit mässige Colloidstruma, bekommt in der Reconvalescenz eines Abdominaltyphus schmerzhafte Vergrösserung der Schilddrüse mit Dyspnoe ohne Temperatursteigerung. Probepunction: Typhusbacillen in Reincultur im Eiter. Nach kleinem Einstich und Drainage des Abscesses glatte Heilung.

ALBANUS (ZARNIKO.)

128) **H. S. Barwell** (London). **Ein Fall von Kropf in einer abnormen Schilddrüse. (A case of goitre in an abnormal thyreoid gland.)** *Lancet. 11. April 1903.*

Der Fall stellte sich dar wie eine gewöhnliche parenchymatöse Hyperplasie. Auf der linken Seite bestand ein grosser ovaler Tumor, der sich von der Höhe des Zungenbeins bis zur Clavicula erstreckte und die Carotiden nach aussen drängte. Auf der inneren Seite war er völlig getrennt von der Schilddrüse durch eine doppelte Fascienlage, die die Kapsel der Drüse resp. des Tumors bildete. Der rechte Lappen war gleichfalls vergrössert. Die Arteria thyreoidea superior hatte normalen Ursprung und gab einen normalen oberen laryngealen Ast ab; das Gefäss war von erheblicher Grösse und entsprang gegenüber der Spitze des Tumors, verlief längs seines inneren Randes nach unten und hatte zu ihm dasselbe Lageverhältniss wie zu der normalen Schilddrüse. Verf. sagt, dass ausser Schilddrüsentumoren selten Halsgeschwülste die Carotiden nach aussen drängen. Er glaubt nicht, dass es sich hier um eine Anschwellung einer accessorischen Schilddrüse handelte, sondern um eine solche des linken Lappens, der infolge congenitaler Anlage ohne Verbindung mit dem Rest der Drüse stand und dass der Theil der Schilddrüse, der sich in der Mittellinie befand, den vergrösserten Isthmus und den Lobus pyramidalis darstellte. Verf. schliesst den interessanten Aufsatz mit Bemerkungen über die Entwicklung der Schilddrüse in Beziehung auf diesen Fall.

JAMES DONELAN.

129) **Ouromanoff. Die Fibrome der Schilddrüse. (Des fibromes du corps thyreïde.)** *Thèse de Lyon. 1903.*

Diese Tumoren sind selten und schwer zu diagnostiren. Verf. hat davon 5 Fälle gesammelt. Die Symptomatologie ist analog der des Krebses und es ist oft nöthig, nach der Operation eine histologische Untersuchung vorzunehmen, um die Diagnose klarzustellen. Die Aetiologie ist völlig dunkel. Makroskopisch ähneln die Tumoren den typischen Uterusfibromen. Mikroskopisch sind sie zusammengesetz aus reinem Bindegewebe; das Wesentlichste ist, dass sie völlig eingekapselt

sind. Die Behandlung besteht in Totalexstirpation, sei es auf einmal, sei es durch Morcellement. In allen 5 Fällen des Verf.'s war der Erfolg ein günstiger; es traten auch niemals Recidive auf. PAUL RAUGÉ.

130) **Harry C. Low. Papilläres Adenocystom der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen. (Papillary adenocystoma of the thyroid and accessery thyroid glands.)** *The Boston medical and surgical Journal November 1903.*

Die sechs hier mitgetheilten Fälle sind insofern interessant, als sie wirkliche papilläre Adenocystome betreffen, die im Schilddrüsengewebe an drei verschiedenen Stellen ihren Ursprung nahmen, nämlich in der Schilddrüse selbst, in Nebenschilddrüsen, die in directem Zusammenhang mit der Hauptdrüse standen, und in solchen, die von ihr völlig getrennt waren.

Es sind diejenigen cystischen Strumen, die durch Erweichung oder Blutung in einem einfachen Adenom mit secundärer papillärer Wucherung der Cystenwand zu Stande kommen, von den wirklichen papillären Adenocystomen der Schilddrüse zu unterscheiden. Einige Formen von fötalen Adenomen, die nur sehr geringe Tendenz zu stellenweiser Papillenbildung zeigen, können nicht zu dieser Gruppe gezählt werden.

In den vom Verf. mitgetheilten 6 Fällen fanden sich jedesmal colloidhaltige Follikel; der Tumor war von Zellen gebildet, die stufenweise alle Varietäten aufwiesen, von typischen cubischen Schilddrüsenzellen bis zum wirklichen Cylinderepithel.

Die Frage, wie in der Schilddrüse, in der sich weder während der Entwicklung noch im postfötalen Leben Cylinderepithel findet, ein Cylinderzellen-Adenom entstehen kann, ist nur durch die Annahme zu erklären, dass eine Metaplasie der cubischen in Cylinderzellen stattfindet. Die verschiedenen Formen von Zellen, die sich in diesen Tumoren finden, repräsentiren alle Abstufungen zwischen diesen beiden Typen.

Das papilläre Adenocystom hat eine gewisse Tendenz zur Malignität, insofern es leicht und rasch nach der Exstirpation recidivirt, wenn auch nur das kleinste Stückchen zurückgelassen wurde. Daher sollte die Gescwulst gründlich entfernt werden, wenn möglich ohne Verletzung der sie umgebenden Kapsel. Die Operation ist im Allgemeinen schwierig, da die Halsgefässe von der Geschwulst umwachsen sein können. Ist die Geschwulst nicht völlig entfernt worden, so muss man stets auf ein Recidiv rechnen. EMIL MAYER.

g. Oesophagus.

131) **Muus** (Kopenhagen). **Deformität des Oesophagus. (Deformitet af Oesophagus.)** *Ugeskrift for Laeger. S. 493. 22. Mai 1903.*

Bei einem Kinde, welches 6 Tage nach der Geburt starb, wurde folgende Deformität gefunden: Der Pharxnx ging in einen Blindsack, der ein bischen unter der Spitze der Pulmones über der Aorta endete, über. Der Oesophagus ist eng, geht von der Hinterfläche der Trachea, mit welcher er in offener Verbindung steht, aus und geht in normaler Weise in den Magen über. Die Deformität wurde am 5. Tage mittels Sondirung diagnosticirt. E. SCHMIEGELOW.

132) **C. W. J. Westerman** (Haarlem). **Fremdkörper im Oesophagus. (Vreemde lichamen in den oesophagus.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1176. 1903.*

Mittheilung von 8 Krankengeschichten. Ein Kunstgebiss wurde im Kehlkopfspiegelbilde extrahirt. Ein Fall heilte nach Oesophagotomia externa. Eine Patientin starb an Verblutung infolge Ruptur der Carotis communis, 10 Tage nach der wohlgelungenen Oesophagotomia ext. Beim 4. Pat. wurde kein Fremdkörper aufgefunden. Ein Kunstgebiss wurde mittelst Oesophagoskopie, eine Stecknadel per vias naturales, ein metallenes Kinderpfeifchen mit dem Fergusson'schen Schirme entfernt. Ein Kunstzahn wurde mittelst der durch den Oesophagus eingeführten Zange gelöst und später in den Fäces wiedergefunden.

In der Discussion berichtet Narath ausführlich über die Entfernung eines Kunstgebisses aus der Speiseröhre mittelst des Oesophagoskopes und theilt mit, dass in der Utrechter chirurgischen Klinik das Oesophagoskop seit 12 Jahren wiederholte Male zur Entfernung von Fremdkörpern gebraucht worden ist. Auch van Stockum (Rotterdam) beschreibt einen Fall, in welchem der Fremdkörper durch das Oesophagoskop gesehen wurde. Dasselbe konnte nicht extrahirt, wohl aber dislocirt werden und wurde dann per vias naturales entfernt. H. BURGER.

133) **A. Sikkel** (Haag). **Oesophagoskopie.** *Handlingar van het IX. Nederl. Natuur- en Geneesk. Congres, Haag 1903. Haarlem 1903.*

Eine Dame fühlte beim Speisen plötzlich einen Kunstzahn mit dem Bissen hinuntergleiten. Schmerz im Halse links, nach der rechten Schulter ausstrahlend, besonders beim Schlucken. Keine Dyspnoe; Kehlkopf und Luftröhre bei laryngoskopischer Untersuchung frei. Im Röntgenbilde ein deutlicher Schatten im Halstheil des Oesophagus. Durch eine entsprechend lange Röhre wird der Fremdkörper auf ösophagoskopischem Wege mittelst einer langen Zange entfernt. Es wurde das Rosenheim'sche Instrument in linker Seitenlage nach Cocainisation (10proc.) gebraucht. H. BURGER.

134) **Dobromisow. Zur Frage der Oesophagusresection im Brustabschnitt. (K woprosu o resekkii pischtschoroda w grudnom ewo otdele po tschresplewralnomu sposabu.)** *Rusk. chir. Arch. p. 590. 1903.*

135) **Mandelberg. Exstirpation eines Oesophagusabschnittes mit vorläufiger Fistelbildung. Oesophagusplastik. (Issetschenie utschastka pischtschewoda, predworit. naloshenie swischtscha. Esofagoplastnika.)** *Rusk. chirurg. Arch. p. 609. 1903.*

Beide Artikel haben ein ausschliesslich chirurgisches Interesse.

P. HELLAT.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Lloyd Lavan. Die Kieferhöhle. (The antrum.)** London, Adam Brothers. 1903.

Nach der Lectüre dieses kleinen Buches schliessen wir es mit den Worten auf den Lippen „Cui bono?", und wir müssen uns fragen, wer mehr Tadel ver-

dient, der Autor, der dafür die Verantwortung trägt, oder jene „medicinischen Freunde", auf deren Betreiben Mr. Lavan sich an diese übel berathene Aufgabe herangemacht hat.

Dieses kleine Compilatorium (ein „Werk" können wir es in der That nicht nennen) besteht aus 78 Seiten, auf denen Verf. sich bemüht, uns einen kurzen und sehr gedrängten Ueberblick über Anatomie, Pathologie, Symptome, Diagnose und Behandlung der verschiedenen Erkrankungen der Nasennebenhöhlen im Allgemeinen und der Oberkieferhöhle im Besonderen zu geben. Die Pathologie umfasst die einfachen Catarrhe, die Eiterungen, Cysten, sowie die gewöhnlichen und selteneren Formen von Neubildungen des Oberkiefers. Möglicherweise erklärt sich das Fehlen einer einfachen Zeichnung durch den Mangel an Raum, andererseits scheint der anspruchsvolle Druck darauf hinzuweisen, dass der Verf. mit grosser Zuversicht sich für fähig hielt, seine Aufgabe auf dem zur Verfügung stehenden Raum zu erschöpfen.

Der Text wimmelt von Ungenauigkeiten, und immer wieder kommt man zu dem Ergebniss, dass der Verf. nur sehr wenig mit seinem Stoff vertraut ist, ein Verdacht, der nicht gemindert wird, wenn wir viele uns wohl vertraute Abschnitte von bekannten Autoren wiedererkennen, deren Name jedoch aus irgend welchem Grunde verschwiegen bleibt.

So wird zum Beispiel gesagt, dass „der Kauffmann'sche Schleimhautwulst eine Folge der Antrumeiterung und für diese symptomatisch sei"; ferner: „Antrumeiterung ist eine Erkrankung des erwachsenen Lebensalters". Wenn wir hören, dass Dislocation des Bulbus in uncomplicirten Fällen von Antrumeiterung entstehen kann, so müssen wir mit Schrecken an die Möglichkeiten in einem wirklich complicirten Fall denken. Ferner wird behauptet, dass bei 50 pCt. der an chronischer Antrumeiterung leidenden Fälle Neigung zur Infection der Stirnhöhle und Siebbeinzellen besteht. Ueberrascht werden wir durch die Mittheilung, dass „doppelseitiges Antrumempyem kaum jemals vorkommt". Wie wünschenswerth wäre es, dass die Behauptung des Verf.'s zu Recht bestände! Für die Diagnose eines latenten Stirnhöhlenempyems beständen folgende sichere Symptome: 1. Empfindlichkeit bei Druck oder Klopfen von aussen; 2. Dunkelheit einer oder beider Stirnhöhlen. Wie unzuverlässig haben sich diese Zeichen oft gezeigt!

Bezüglich der Diagnose chronischer Antrumempyeme belehrt uns der Verf., dass er „es sehr selten für nöthig erachtet, eine Probepunction vorzunehmen", ein Verfahren, das sich doch jedem Rhinologen in manchem zweifelhaften Fall als so werthvoll erwiesen hat.

Wenn schliesslich „Enchondrom", „Acromegalie" und „Myeloid" als „Euchondrom", „Aeromegaly" und „Mycloid" wiedergegeben sind, so geräth man auf den Verdacht, dass die Correctur von den „medicinischen Freunden", auf deren Betreiben dies Compilatorium entstanden ist, arg vernachlässigt worden ist.

Mit Interesse und Nutzen haben wir das kurze Capitel über Zahncysten gelesen; hier befindet sich der Verf. auf eigenem Gebiet und spricht mit der Autorität practischer Erfahrung.

Unser freundliche Rath geht dahin, dass der Verf. sich in Zukunft auf seine eigene Specialität beschränken soll. Wenn er nur die Ergebnisse seiner Er-

fahrung darbringen wird, werden wir sie mit Vergnügen annehmen und ihm wahrscheinlich unsere Anerkennung aussprechen können. Herbert Tilley.

b) Gustav Killian. Die Nebenhöhlen der Nase und ihre Lagebeziehungen zu den Nachbarorganen.

In der vorliegenden grossen Arbeit treten alle jene hervorragenden Eigenschaften des bekannten Freiburger Forschers zu Tage, die ihm in verhältnissmässig frühem Lebensalter bereits einen Platz unter den bedeutendsten lebenden Autoritäten gesichert haben. Es ist schwer zu sagen, ob man mehr die grossen technischen Fertigkeiten bewundern soll, die zur Anfertigung der im vorliegenden Atlas abgebildeten Schnitte erforderlich war oder den unermüdlichen Aufwand an Zeit, der auf dies Werk verwandt werden musste. In Kurzem ist Folgendes der Plan des Buchs: Die Theile werden in Formol präparirt, dann wird der ganze Knochen fortgebrochen, so dass nur die gehärtete Schleimhaut stehen bleibt; diese wird in ihren Beziehungen zu den Nachbarorganen dargestellt. Zur Erklärung der von ihm gebrauchten Nomenclatur sagt der Verfasser in der Vorrede: „Die Zellen sind nach dem Nasengang benannt, in den sie münden. Wo Nebenmuscheln vorhanden sind, waren noch besondere Unterscheidungen nöthig. So haben Seydel und ich im oberen Nasengang eine Nebenmuschel nachgewiesen. Dieselbe ist in den unteren zwei Dritteln des Ganges gelegen. Dadurch kommen dreierlei Siebbeinzellen zu Stande; eine directe zur Lamina cribrosa aufsteigende (Cellula ascendens meatus narium superioris) und je eine über und unter der genannten Nebenmuschel gelegene (Cellula [intermedia] superior und Cellula [intermedia] inferior meatus narium superioris). Im vorderen oberen Theil des mittleren Nasenganges entdeckte ich beim Menschen drei Stirnmuscheln. Aus den vier Furchen zwischen diesen untereinander entstehen Siebbeinzellen. Wir haben demgemäss nur frontale Zellen = Stirnzellen (Cellula frontalis prima, secunda, tertia, quarta). Sie sind von vorn an gezählt. Jede derselben kann sich zu einer Stirnhöhle entwickeln.

Im infundibularen Theil des mittleren Nasengangs befanden sich ursprünglich ebenfalls drei mit den Stirnmuscheln wahrscheinlich in directester Beziehung stehende Nebenmuscheln. Die zwei oberen verschmelzen zur Bulla ethmoidalis. Aus der Furche zwischen der oberen infundibularen Nasenmuschel und der mittleren Muschel entwickelt sich die sehr constante obere Zwischenzelle des mittleren Nasenganges (Cellula intermedia superior meat. nar. medii). Man hat sie auch wegen ihrer Beziehung zu der Bulla ethmoidalis mit dem schier unmöglichen Namen „Bullazelle“ bezeichnet. Auch aus den Furchen zwischen der oberen und unteren infundibularen Nebenmuschel können kleine infundibulare Siebbeinzellen entstehen (Cellula infundibularis meat. nar. medii).“

Auf Tafel I sehen wir die Höhlen, wie sie sich darstellen, nachdem die ihre Vorderwand bedeckenden Knochen entfernt sind. Auch sieht man die Thränensäcke und Thränengänge. In der Stirnregion ist die Stirnhöhle mit den angrenzenden Siebbeinzellen — den Stirnzellen — dargestellt. Die Oberkieferhöhle präsentirt sich mit dem Recessus praelacrymalis und dem Recessus zygomaticus.

Natürlich kommen noch eine grosse Anzahl anderer Lagebeziehungen zur Darstellung, auf die aus Mangel an Raum nicht weiter eingegangen werden kann.

Auf Tafel II erblicken wir die Beziehungen von Stirnhöhlen, Stirnzellen, Infundibulum, Highmorshöhle und Thränengängen zu einander und zum Naseninnern.

Auf Tafel III sind die Nebenhöhlen in ihren Lagebeziehungen zum Gesicht freigelegt, indem die verdeckenden Theile entfernt und die Knochen zum Theil gefenstert sind. An dem Schädel, von dem der dargestellte Durchschnitt stammt, lag mehr als die Hälfte der Siebbeinzellen vorn von dem lateralen Orbitalrand. Das ist jedoch, wie Killian angiebt, ein ausnahmsweises Vorkommniss. Er macht darauf aufmerksam, dass die fragliche Figur von grossem Nutzen für die Deutung der Nebenhöhlen im Röntgenbilde ist.

Tafel IV giebt denselben Anblick bei einem andern Schädel, nachdem die Knochenwände und Bruchtheile entfernt sind, so dass die Nebenhöhlen von der Seite her völlig freigelegt sind.

Von grosser Bedeutung für das klinische Studium der Rhinologie ist Tafel V. Hier ist die Aussenwand der Nasenhöhle freigelegt und dann gefenstert, indem nur schmale Knochenspangen stehen gelassen wurden; von den Muscheln ist nur der Rand und Ursprung erhalten worden. Sehr gut gelangt die nahe Beziehung der hinteren Antrumwand zu den Nerven und Gefässen des Gaumens zur Anschauung, ebenso das Verhältniss von Nebenhöhlen und Thränengang. Auf dieser Tafel sieht man am Boden der Stirnhöhle den sogenannten Locus Schäfferii, — weil an dieser Stelle die Anbohrung der Höhle zuerst von Schäffer empfohlen und ausgeführt wurde.

Auf der nächsten Tafel (VI) giebt Fig. 6 einen Einblick in die Höhlen nach Abtragung der Schleimhaut des mittleren Nasengangs, während Fig. 7 die wichtigen Beziehungen der Keilbeinhöhle zum Sinus cavernosus, Carotis interna und Oculomotorius deutlich macht.

Tafel VII Fig. 8 zeigt die an die Stirnhöhle angrenzenden Theile von innen freigelegt; Fig. 9 veranschaulicht die Lageverhältnisse der Nebenhöhlen zum Schädelgrund. Die Keilbeinhöhle ist nach hinten bis zum Chiasma und der Hypophysis eröffnet. Man sieht sehr deutlich die Carotis interna, den Sinus cavernosus, den Oculomotorius, Trochlearis und Abducens. Tafel VIII Fig. 10 giebt dieselbe Ansicht von der Schädelgrube aus; das Dach der Keilbeinhöhle ist völlig entfernt, ebenso das Orbitaldach der einen Seite.

Tafel IX Fig. 11 zeigt die Grössenverhältnisse der Nebenhöhlen nach Abzug der Highmorshöhle sowie die Gehirnnerven, die Dura mater und die Medulla.

Auf Tafel X Fig. 12 erblickt man das Lageverhältniss der Stirnhöhlen zu den Stirnlappen. Tafel XI Fig. 13 ist nach einem Präparat angefertigt, das dadurch erhalten wurde, dass die intracraniellen Gebilde freigelegt wurden; es gelangen dabei zur Darstellung die Bulbi olfactorii, das Chiasma n. optici, die Hypophysis cerebri und die Carotis interna. In der folgenden Figur ist auch die Dura mater entfernt worden. Auf Fig. 14 ist dieselbe Idee weiter ausgeführt; die häutige Auskleidung der Sinus ist in Berührung gelassen mit der Basis cerebri, das Gehirn ist nach Entfernung seiner Häute völlig freigelegt.

Die übrigen drei Tafeln geben gleichfalls ausgezeichnete Darstellungen der Beziehungen der oberen Nasennebenhöhlen zum Gehirn.

Ich kann nicht schliessen, ohne im Namen der Rhinologen Prof. Killian zu danken für sein geradezu künstlerisches und hervorragendes Werk. Es bringt dem Verfasser, dessen Ruf unter den lebenden Pionieren unserer Wissenschaft schon lange begründet ist, nicht nur einen neuen wissenschaftlichen Triumph, es beweist auch, dass selbst auf einem so ausgeackerten Gebiet, wie es die Rhinologie ist, immer noch Raum für originelle Arbeit ist, vorausgesetzt, dass der Autor Zeit und Energie an den Gegenstand setzt. Dem Atlas gebührt ein Platz in jeder medicinischen Bibliothek. Mc. Bride.

*c) **P. v. Bruns** (Tübingen) und **F. Hofmeister** (Tübingen). **Die angeborenen Missbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Kehlkopfs und der Luftröhre.** (S.-A. aus Handbuch der practischen Chirurgie, herausgegeben von E. v. Bergmann, P. v. Bruns und J. v. Mikulicz. II. Aufl. Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart.)

Im Centralblatt Bd. 17 1901 S. 468 hat Kuttner das Buch von Bruns und Hofmeister einer eingehenden Besprechung unterzogen. Wenn auch heute noch in vielen Fällen der Laryngologe dem Chirurgen den Platz räumt, wenn äussere operative Eingriffe an den Halsorganen nothwendig werden, so ist es doch ausser Zweifel, dass die Zahl der auch grössere Operationen ausführenden Specialisten in den letzten Jahren auch auf unserem Gebiete erheblich zugenommen hat. Für diese, das Specialgebiet chirurgisch ausdehnende Laryngologen wird die Neuauflage des Bruns-Hofmeister'schen Buches ein werthvoller Rathgeber sein, da auf Grund der reichen Erfahrung der Autoren in Bezug auf Indicationsstellung sowohl wie auf Technik auch für den Laryngologen annehmbare und wichtige Anleitungen gegeben werden, wenn auch in einzelnen Fällen der Laryngologe die Indication für Eingriffe per vias naturales etwas weiter stellen wird als die Autoren es gethan haben. Insbesondere trifft dies für die Extraction von Fremdkörpern und für die Exstirpation maligner Kehlkopftumoren zu, während man z. B. den für die Behandlung multipler Papillome bei Kindern aufgestellten Principien vollständig beitreten kann. Edmund Meyer.

d) **Ph. Schech** (München). **Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase.** Mit Einschluss der Rhinoskopie und der local-therapeutischen Technik für practische Aerzte und Studirende. Sechste vollständig neu bearbeitete Auflage. Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1902.

Eine neue Auflage des Schech'schen Lehrbuches ist für die Rhinolaryngologen nicht nur, sondern auch für den practischen Arzt und den Studirenden ein wichtiges Ereigniss. In kurzer präciser Form, klar ohne unnützes Beiwerk bringt Sch. das Thatsächliche in Bezug auf unsere Specialdisciplin, ohne sich mehr als nothwendig auf Hypothesen einzulassen.

Wie sehr Sch. bemüht ist, alles Wichtige in den Rahmen des Lehrbuchs einzupassen, zeigt die neue sechste Auflage. Eine Reihe neuer Abbildungen hat den Werth des Buches wieder erhöht, mit besonderer Freude ist aber die Aufnahme

des neuen Kapitels über die Circulationsstörungen der Nase zu begrüssen. Neben der Anaemie, der Hyperaemie und den Venectasien der Schleimhaut bespricht er auch die Hyperaemie und Venectasie der Haut der äusseren Nase, die rothe Nase, das flüchtige Erythem, Acne rosacea und vulgaris und das Rhinophym, Erkrankungen, die eigentlich in das Gebiet der Dermatologie gehören, aber wegen ihrer practischen Bedeutung den Rhinologen interessiren müssen.

Auch die neue Auflage wird sicherlich wie die füheren ihren grossen Kreis dankbarer Leser finden. Edmund Meyer (Berlin).

e) Trivas. L'Adrénaline et ses applications en oto-rhino-laryngologie. Bordeaux, Impr. G. Gounouilhou. 1902.

In einem ersten historischen Kapitel würdigt Tr. die früheren Arbeiten über die Bedeutung der Nebennieren insbesondere diejenige Addisons und die experimentellen Untersuchungen Brown-Séquards. Er bespricht dann die verschiedenen Versuche, das wirksame Princip der Nebennieren herzustellen, bis es Takamine gelang, das Adrenalin rein zu gewinnen und in seinen chemischen, physiologischen und therapeutischen Eigenschaften zu erforschen.

Das zweite Kapitel ist den chemischen Eigenschaften, der Darstellungsmethode und der physiologischen Wirksamkeit gewidmet. Auf Grund der Litteratur und eigener Versuche betont er die Steigerung des Blutdruckes durch Einwirkung auf die Vasoconstrictoren und die Verlangsamung des Herzschlags bei Verstärkung der Systole, welche er auf Vagusreizung bezieht. Als locale Einwirkung beschreibt Verf. die Anaemie nach Einträufelung in den Conjunctivalsack und die Abschwellung nicht nur des cavernösen Gewebes sondern der gesammten Nasenschleimhaut nach Anwendung des Adrenalins in der Nase. Eine Gewöhnung an das Mittel tritt nach Tr. nicht ein. Adrenalin ist das beste Adstringens und Haemostaticum bei localer Anwendung. Eine Reihe von Patienten besitzt aber eine ausgesprochene Idiosynkrasie gegen das Adrenalin, die sich in Nieskrämpfen, starker Hydrorrhoea nasalis und Schmerzen in der Nasenwurzel äussert. Zusammen mit Cocain angewendet spart Adrenalin das erstere und schützt vor Cocainintoxicationen. Auf Grund seiner Experimente kommt Tr. zu dem Resultat, dass das Adrenalin eine directe Einwirkung auf das Herz besitzt und das nach subcutaner und endovenöser Injection eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen eintritt. Im 3. Kapitel erörtert Tr. die Anwendung des Adrenalins in der Rhinolaryngologie. Das Nebennierenextract ebenso wie das trockene Nebennierenpulver sind wegen ihrer leichten Zersetzlichkeit und Unbeständigkeit nicht zu empfehlen, während das Adrenalin ein chemisch constanter, gleichmässig wirksamer, in Lösung beständiger und leicht sterilisirbarer und dosirbarer Körper ist. Auf Grund der Casuistik kommt Verf. zu dem Resultat: Dass das Adrenalin zu therapeutischen Zwecken indicirt ist: bei acuten und chronischen entzündlichen Reizungen der Schleimhaut, bei der Coryza vasomotoria, um die Einführung des Ohrenkatheters vielleicht auch der O'Dwyer'schen Tuben zu erleichtern, um blutleere Operationen in der Nase, dem Kehlkopf und dem Ohr vornehmen zu können, zwecks Blutstillung bei Operationen und endlich um die Cocainwirkung zu unterstützen.

Die Nachblutungen sind selten und meist gering, die Idiosynkrasie gegen das Mittel beruht entweder auf der Dosirung des Medicamentes oder auf individueller Empfindlichkeit). Edmund Meyer.

f) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

XII. Sitzung vom 25. October 1903 in Köln:

I. Fackeldey (Cleve): Ueber die wirthschaftliche Stellung der Hals- und Ohren-Aerzte.

F. befürwortet: a) eine gesetzliche Scheidung der Aerzte in practische Aerzte und Specialärzte; b) die Zahlung der specialärztlichen Leistungen nach den von der wirthschaftlichen Commission gemachten Vorschlägen (speciell für Kassenpraxis.

Discussion:

Neuenborn, Kronenberg, Löwenstein (Elberfeld), Hansberg, Busch, Röpke, Hirschmann, Lüders, Moses.

Es wird folgende Resolution (für die Kassenpraxis) angenommen:

a) Es ist freie Arztwahl anzustreben.

b) Es ist den Patienten zu gestatten, die Specialärzte ohne Ueberweisung durch den Kassenvorstand oder den practischen Arzt zu consultiren.

c) Die Honorirung hat nach Einzelleistung (möglichst ausserhalb der Pauschale) stattzufinden.

II. Hopmann: Vorstellung eines geheilten Falles von chronisch-fötidem Empyem des gesammten Nebenhöhlen-Systems.

P. war lange Zeit wegen „Nerven- und Magenleiden“ behandelt, bis als Ursache seiner Beschwerden eine eitrige Rhinitis constatirt wurde, die zur operativen Eröffnung beider Highmorshöhlen (von der Fossa canina aus) und (in längeren Zwischenräumen) der Siebbeine, der Keilbeinhöhlen und der Stirnhöhlen Veranlassung gab.

III. Lieven (Aachen): a) Vorstellung von zwei Fällen von Syphilis gravis.

Im ersten Falle handelt es sich um eine in China acquirirte Lues, die nach zwei Jahren zu tiefen Geschwüren an Nase, Stirn und Unterlippe, sowie zu vollständiger Einschmelzung des ganzen freien Nasenrandes, der Nasenspitze und des häutigen Septums führte. Schmiercur, Sublimat-Injectionen, Jodkali und Zittmann-Cur hatten keinen Erfolg; erst die Anwendung von Calomel-Injectionen führte zur Vernarbung.

Beim zweiten Patienten liegt ein typischer Fall tertiärer Nasenlues vor, der mit theilweiser Sequestrirung des harten Gaumens, Verlust des knöchernen Septums etc. verlief und durch Hg. und Jod günstig beeinflusst wurde.

Dass in beiden Fällen keine stomatitischen Erscheinungen auftraten, erreichte L. durch eine Zahnpasta, bestehend aus Kalichloricum, Salol, Ol. menth.

und Sapo medicat. mit starkem Glycerinzusatz, sowie durch ein adstringirendes Mundwasser.

b) Demonstration eines transportablen Apparates zur Galvanisation und Electrolyse mit Trockenelementen. (Electrotechniker Schuën [Aachen].)

c) Demonstration eines neuen Plessimeters.

Dasselbe ist an den Längsseiten umgebogen, „so dass beim Auflegen des Instruments ein Resonanzraum zwischen der Platte des letzteren und der Haut entsteht." Dieser Raum verstärkt den durch Zuschlagen mit dem Hammer erzeugten Percussionsschall. (Lütgenau & Cie. [Düsseldorf].)

XI. Sitzung vom 26. Juli 1903 in Köln.

I. Fackeldey (Cleve): Unsere Stellungnahme zur ärztlichen Bewegung, zum § 4 der Standesordnung, zur kassenärztlichen Frage.

II. Marx (Witten): Demonstration eines Patienten mit Tumor der Schädelbasis.

Es handelt sich um ein grosses, mit dem Septum fest verwachsenes Sarkom, welches die faciale Wand des rechten Oberkiefers und den harten Gaumen durchbrochen hat. Zwei Versuche, den Tumor auszuschälen (es wurde bei der zweiten Operation die Carotis communis unterbunden) misslangen wegen profuser Blutungen. Auffallender Weise ist der Tumor nach dem zweiten Eingriff wesentlich geschrumpft, so dass der Patient, ein 24jähriger Bergmann, seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. M. macht auf die grosse Seltenheit eines gutartigen Verlaufs derartiger Tumoren in diesem Alter besonders aufmerksam.

III. Littaur (Düren): Ein Fall von Fistula colli congenita.

Bei dem 12jährigen Patienten lässt sich der Fistelgang von der äusseren Oeffnung als derber Strang, der senkrecht am Kehlkopf verläuft, bis zum Kieferwinkel verfolgen; bei Druck auf die Fistel sieht man hinter der rechten Tonsille am oberen Rande den Eiter hervorspritzen. Bezüglich der Therapie ist L. der Auffassung, dass zu sicherer Heilung die Totalexstirpation angezeigt sei.

IV. Reinhard (Köln): Ueber das Inhalationsverfahren nach Dr. Bulling-Reichenhall.

Es handelt sich bei diesem System um ein Zerstäuben der Flüssigkeit in kleinste Tröpfchen, was durch Hineinleiten eines Stromes comprimirter Luft erreicht wird. Die von Hofrath von Schrötter-Wien angestellten Versuche haben ergeben, dass bei dieser Art der Inhalation die Flüssigkeit bis in die feinsten Bronchien dringt. Bei den an der Schrötter'schen Klinik weiter gemachten Versuchen, auf diesem Wege dem Organismus Medicamente zuzuführen, hat sich gezeigt, dass z. B. inhalirte Jodnatriumlösung im Harn ausgeschieden wurde.

Die Errichtung Bulling'scher Inhalatoren dürfte nicht nur in Spitälern, Sanatorien etc., sondern namentlich bei Bergwerken, in Fabriken und grossen Städten angezeigt sein, um so für die Hygiene der Lunge zu sorgen.

R. giebt noch eine Beschreibung des neu errichteten Emser Inhalatoriums nach Dr. Bulling und demonstrirt das Verfahren an mehreren Apparaten.

V. Nehab (Ems): Demonstration einer neuen Art von Kehlkopfspiegeln, die nicht beschlagen.

Der auf den beiden Seiten mit Glimmerplättchen belegte Spiegel ist durch einen dünnen Platindraht mit einer kleinen electrischen Batterie verbunden und wird auf diese Weise dauernd erwärmt. Die Idee stammt von Zahnarzt Kesler-Berlin.

VI. Reinhard (Duisburg): Ueber gleichzeitigen Befund von Fremdkörpern der Nase bei adenoiden Vegetationen.

R. hat sehr häufig bei Kindern, die ihm wegen Fremdkörper der Nase zugeführt wurden, Hyperplasie der Rachenmandel feststellen können, die den Angehörigen bisher nicht aufgefallen war, aber seiner Auffassung nach für die Kinder die directe Veranlassung zum Einführen der Fremdkörper wurde. Das durch die Adenoiden verursachte Jucken in den Naseneingängen sowie die übrigen daraus resultirenden Beschwerden veranlasst nach R.'s Ansicht die Kinder dazu, mit den Fingern in die Nase zu bohren, und bei dieser Gelegenheit werden die gerade zum Spielen in den Fingern befindlichen Gegenstände in die Nase gebracht.

Discussion:

Buss (Münster i. W.) berichtet über einen Fall, in welchem nach Operation von Adenoiden die Beschwerden nicht schwanden, dagegen aufhörten, als später durch Niesen ein Fremdkörper (Hollundermark) aus der Nase geschleudert wurde; wahrscheinlich war das Kind auch durch die aus der Hyperplasie resultirenden Beschwerden zum Einführen des Fremdkörpers veranlasst worden.

Hopmann-(Köln).

VII. Fabian (Mülheim a. d. Ruhr.) a) Ueber einen Fall von Grosshirnabscess.

b) Zur Casuistik der Fremdkörper des Kehlkopfs.

Es handelt sich um eine 3 cm lange, $1^1/_2$ cm breite eiserne Klammer, die von einem 7jährigen Knaben aspirirt wurde. Die in Chloroformnarkose angestellten Versuche, den Fremdkörper auf endolaryngealem Wege zu entfernen, misslangen; hochgradige Dyspnoe veranlasse F., die Laryngofissur anzuschliessen und konnten so die im unteren Kehlkopfraume fest eingekerbte Fremdkörper entfernt werden. Zur Ruhigstellung wurde noch die obere Tracheotomie ausgeführt. Entfernung der Canüle nach 7 Tagen. Die Stimme ist vollkommen intact geblieben.

Moses-(Köln).

g) Aus den Protokollen des russ. chirurg. Pirogow-Vereins pro 1902—1908.

Vorsitzender: Zeidler.

Sitzung vom 25. September 1902.

Seldowitsch: Behandlung der Verengerungen der Speiseröhre vermittelst Electrolyse.

Der Inhalt des Vortrags bereits im Centralblatt referirt.

Discussion:

Trojanow freut sich darüber, dass die Electrolyse sich auf diesem Felde immer mehr Freunde erwirbt. Kolomnin hat zuerst diese Behandlung bei Oesophagusstricturen angewandt. Sein Tod unterbrach die Propagation.

Ich habe drei Fälle von Oesophagusstricturen gesehen, wo diese Behandlung gute Resultate gab.

Eine Olive allein genügte nicht, man muss noch einen Conductor haben, der die Strictur passirt. Ich habe vor zwei Jahren solche Instrumente ersonnen.

Holzow: Zu diesen Fällen muss ich noch einen hinzufügen, wo die Strictur im unteren Abschnitt der Speiseröhre sass. Dieser Fall wurde zunächst längere Zeit hindurch bougirt, jedoch ohne dauernden Erfolg. Durch Electrolyse gelang es schon in zwei Sitzungen, genügende Erweiterung zu erzielen. — Es ist sehr erfreulich, dass der Scepticismus des Autors, den er zuerst gegen diese Behandlung hegte, gewichen ist. Die Speiseröhre und die Harnröhre sind in dieser Hinsicht fast identisch. Wenn bei der Harnröhre die Electrolyse gute Erfolge aufweist, so muss das auch für die Speiseröhre gelten.

Zeidler: Anfangs verhielt ich mich auch sceptisch der Electrolyse gegenüber. Ihre Fälle beweisen die Unhaltbarkeit des Scepticismus.

Wreden: Demonstration eines Kranken, dem durch Ueberpflanzung des vierten Fingers die Nasenplastik gemacht worden war.

Zeidler bemerkt, dass diese Methode viele Vortheile bietet und im gegebenen Falle nach einigen kleinen Correcturen durchaus eine schöne Nase geben wird.

Sitzung vom 30. October 1902.

Vorsitzender: Zeidler.

Wreden: Demonstration eines Kranken, der an einem Fibrom des weichen Gaumens nach einer neuen Methode operirt worden war.

W. führte anstatt des gewöhnlichen horizontalen Schnittes denselben vom Mundwinkel herunter bis zum Rande des Unterkiefers, dann nach hinten und oben zum Ohre. Der so gebildete Lappen wird nach oben geschlagen. Der Zutritt ist sehr bequem; die Blutung erfolgt nach aussen.

Subbotin fragt, ob es nicht unnütz sei, den letzten Theil des Schnittes soweit zu führen und die Kaumuskel zu durchschneiden.

Wreden: Durch diesen Schnitt lässt sich die Blutung beherrschen und das Herabfliessen in die Trachea vermeiden.

Sitzung vom 15. Januar 1903.

Vorsitzender: Zeidler.

Schtschegolow: Vorstellung einer Kranken, welche er wegen chronischem Empyem des Sin. front. nach Killian operirt hatte. Der kosmetische Erfolg war sehr gut.

Oeser: Vorstellung einer pulsirenden Geschwulst am Halse (Aneurysma carot. com. sin.). Die Geschwulst ist von Kindskopfgrösse. Inoperabel.

Zeidler glaubt, dass der Versuch, die Patientin, welche noch nicht alt ist, vom sicheren Tode zu retten, berechtigt ist.

Sitzung vom 26. März 1903.

Vorsitzender: Zeidler.

Subbotin: Ueber chirurgische Behandlung der eingefallenen Nase, mit Vorstellung einer Kranken.

Vorgestellt wurden noch Prothesen, Abgüsse und Photographien. (Subbotin hat goldene Prothesen in Vorschlag gebracht, die unter die Haut gebracht an die Stirnknochen befestigt werden. Ref.)

Discussion:

Kadjan: Ich sehe keinen Vortheil Ihrer Methode vor der Israel'schen, wo Knochen übergepflanzt werden; im Gegentheil: Knochen ist anheilungsfähig, Gold nicht.

Heinatz: Ich habe einen Fall von Israel zwei Jahre nach der Operation gesehen. Der Erfolg war ein vollständiger.

Subbotin: Der Knochen verschiebt sich sehr leicht, da er an die Stirnhöhle nicht befestigt werden kann, ausserdem sequestrirt er leicht. Bei der osteoplastischen Methode muss mindestens die Nasenspitze erhalten sein.

Aue redet den Paraffinprothesen das Wort und demonstrirt Photographien von drei Fällen. Er wendet Paraffin von 42—43° Schmelzung an. Die Reaction ist sehr verschieden, zuweilen nur eine leichte Röthe, mitunter aber Oedem der Wange und der Stirne. In der letzten Zeit wandte er Paraffin von 52° an.

Subbotin: Paraffin kann man nicht für ganz gefahrlos halten. Die goldene Prothese ist noch anwendbar, wo Paraffin nicht mehr nützen kann.

Zeidler: Vor 3 Jahren haben wir hier über Goldprothesen discutirt. Sie lassen sich nicht halten. Ich musste eine Prothese nach 2 Jahren entfernen. Ihren Rath, die Prothese an der Stirnhöhle zu befestigen, halte ich für nicht ganz gefahrlos.

Subbotin sieht darin keine Gefahr. Einmal brach bei ihm ein Stück des Bohrers in der Stirnhöhle ab, ohne Schaden zu verursachen.

Zeidler wünscht, dass der Fall nach einiger Zeit wieder vorgestellt werde.

Sitzung vom 16. April 1903.

Vorsitzender: Zeidler.

Auc: Demonstration dreier von ihm mit Paraffin corrigirter Nasen. Zwei von den Patienten sind Köchinnen. Die Beschäftigung hat keinen Nachtheil gebracht.

Subbotin: Der kosmetische Erfolg ist gut, aber Paraffin ist nur dort anwendbar, wo noch Nasenknochen erhalten sind. Im anderen Falle würde eine einfache Vorstülpung der Schleimhaut erreicht werden. P. Hellat.

---

h) Londoner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Mai 1903.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Atwood Thorne: Fall von Epitheliom des Kehlkopfs, bereits in der Januarsitzung vorgestellt.

Kelson: Lupus des Pharynx.

Der Fall betrifft ein 22jähriges Mädchen. Es besteht Röthung und Infiltration des weichen Gaumens und der Mandeln mit weisslichen Stellen darauf. Wegen der Aehnlichkeit mit Syphilis, wurde zuerst antisyphilitische Behandlung eingeleitet, jedoch ohne Erfolg; dagegen hat Darreichung von Arsen in kurzer Zeit Besserung gebracht.

Mc. Bride, Cresswell Baber und Potter halten den Fall für Syphilis.

Lake: Ulceration der Tonsille.

Bei der 33jährigen Patientin ist die rechte Tonsille völlig ulcerirt; die Ulceration erstreckt sich auf den hintern Gaumenbogen. Die Affection besteht seit 5 Wochen und verursacht erhebliche Dysphagie.

Discussion:

Pegler, Charters Symonds, Spencer, Baber, Sharman, Lack halten den Fall für Syphilis.

Lake: Mikroskopische Präparate.

1. Grosses Papillom von der Hinterfläche des Ringknorpels, das die Ursache für die Undurchgängigkeit in einem Fall von Carcinom des oberen Speiseröhrenabschnitts war. Die Schnitte zeigen nichts von Carcinom.

2. Papillom der unteren Muschel, das zu einer Zerstörung der medialen Kieferhöhlenwand geführt hat.

Donelan: Subglottische Schwellung der rechten Stimmlippe.

Der 27jährige Pat., ein Strassensänger, hat bereits verschiedene Attaquen von Laryngitis gehabt, das letzte Mal vor 6 Wochen. Man sieht bei der Phonation eine subglottische Schwellung unter der rechten Stimmlippe in der Rima glottidis erscheinen. Handelt es sich hier um eine Pachydermie?

Waggett will die Bezeichnung „Pachydermie" für die Fälle reservirt wissen, in denen die Processus vocales afficirt sind.

Mc. Bride und Donelan glauben, dass diese Beschränkung in der Nomenclatur nicht durchführbar sei.

Waggett: Primäre tuberculöse Ulceration der Nasenscheidewand.

Der 35jährige Patient zeigte seit einiger Zeit verschlechtertes Allgemeinbefinden und klagt über Schmerzen in der Stirngegend. Auf der linken Seite des Septum gegenüber der mittleren Muschel findet sich ein oberflächliches Geschwür von der Grösse eines Penny mit unregelmässigen Rändern. Es wurde von der einen Ecke des Geschwürs ein Stückchen zwecks mikroskopischer Untersuchung entfernt.

Die Kopfschmerzen und der Ausfluss aus der Nase bestehen bereits seit zwei Jahren. Das Einzige, was über die Lungen zu constatiren war, bestand in einer geringen Vermehrung des Schallfremitus über der rechten Spitze. Unter Gebrauch von Jodkali war eine Verschlechterung der Nasenbeschwerden und der Kopfschmerzen eingetreten. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Stücks ergab typisches tuberculöses Gewebe mit Riesenzellen.

Mc. Bride, Pegler bezweifelt trotz des Befundes von Riesenzellen die tuberculöse Natur des Ulcus.

Cresswell Baber hält die tuberculöse Natur der Affection gleichfalls als nicht erwiesen.

Charters Symonds betrachtet ihn dagegen als charakteristisch. Er hat vor kurzem einen Patienten beobachtet, der sich mittels des Fingers inficirt hatte und ebenfalls eine Ulceration am Septum davongetragen hatte. Bisweilen breitet sich von dort aus die Erkrankung auf Lippen und Rachen aus.

Waggett hält die demonstrirten Präparate durchaus beweisend für Tuberculose, er hat aber ausserdem auch solche, in denen der Tuberkelbacillus nachgewiesen ist.

Furniss Potter: Schwellung im Nasenrachen.

Man sieht bei dem 40jährigen Patienten eine scheinbar von der rechten Pharynxseite ausgehende tumorartige Anschwellung, die der Hinterseite des Velum aufliegt und die rechte Choane ganz verlegt.

Mc. Bride hält für das einzige Mittel zur Differentialdiagnose zwischen Gummi und malignem Tumor die mikroskopische Untersuchung.

Dundas Grant: Chronische Laryngitis mit papillomatöser Hypertrophie der Stimmlippe.

Bei der Patientin besteht seit Jahren Dysphonie, die sich bisweilen zu völliger Aphonie steigert. Als G. sie zuerst sah, fand er grünliche Borken im Larynx, die nach Injection von Oel verschwanden. Unter den Borken sass am Rande der linken Stimmlippe eine weissliche papillomatöse Geschwulst. Es besteht gleichzeitig eine chronische Rhinitis mit Borkenbildung.

Fitzgerald Powell hält es für eine Laryngitis hypertrophicans infolge von Rhino-Pharyngitis sicca.

Cresswell Baber spricht sich ebenfalls mehr für Hypertrophie als für Papillom aus.

Mc. Bride möchte in Anbetracht der starken Schwellung und Congestion der linken Stimmlippe den Verdacht einer beginnenden malignen Neubildung nicht für unwahrscheinlich halten. Hypertrophie, die sich auf ein Stimmband beschränkt, spricht stets für einen schwereren Krankheitsprocess, Tumor, Tuberkulose oder Lues.

Sitzung vom 5. Juni 1903.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Waggett: Starke Schwellung der hinteren Rachengegend bei einem 9jährigen Mädchen.

Eine harte, taubeneigrosse, tumorartige Masse ragt von rechts her in den Oropharynx hinein; gleichzeitig besteht Anschwellung der Drüsen im Unterkieferwinkel. Letztere wurde 3 Jahre vorher kurze Zeit nach Ueberstehen der Masern constatirt; die Anschwellung im Pharynx besteht seit 9 Monaten. Man findet nirgends sonst in den Organen irgend welche Anzeichen von Tuberkulose.

Macgeagh hält es für einen retropharyngealen Abscess.

Herbert Tilley findet, dass die Schwellung alle Charaktere eines retropharyngealen Abscesses hat, der wahrscheinlich verursacht ist durch Erweiterung einer tiefen Cervicaldrüse.

Sir Felix Semon ist der Ansicht, dass das Aussehen des Tumors nicht das gewöhnliche eines Retropharyngealabscesses ist. Es könnte sich auch um Sarkom handeln. Was die Entstehung von Retropharyngealabscessen nach der Operation adenoider Vegetationen anbetrifft, so hat er in seiner persönlichen Erfahrung ein solches Vorkommniss nicht gesehen, dagegen hat er in zwei Fällen das Nebeneinanderbestehen von Retropharyngealabscess und adenoiden Vegetationen constatiren können und hat vor Operation der letzteren den Abscess eröffnet.

Furniss Potter: Ein Fall von Tumor des Nasenrachens.

Die bereits in der letzten Sitzung vorgestellte Schwellung im Nasenrachen, die damals die rechte Choane ganz verlegte, ist unter Gebrauch von Jodkali völlig zurückgegangen.

Wyatt Wingrave: Fall von supranasaler Cyste bei einem 15 monatlichen Kind.

Die bereits in der Geburt bestehende Cyste ist allmählig grösser geworden; sie sitzt in der Medianlinie auf dem Nasenrücken. Es besteht keine Depression oder Perforation der Knochen; die Spannung nimmt nicht zu, wenn das Kind schreit.

De Santi: Gummi der Epiglottis.

Starke Röthung und oedematöse Schwellung des Epiglottis bei einer 33jährigen Frau. Vor 8 Jahren Lues. Bereits nach achttägigem Jodkali-Gebrauch beginnende Besserung.

De Santi: Grosses Fibrolipom des Kehlkopfs.

Das Praeparat gehört dem Westminster Hospital Museum und stammt von einem 80 jährigen Manne, der bisweilen an Erstickungsanfällen gelitten hatte und in einem solchen Anfall plötzlich zu Grunde gegangen war.

Der Tumor, der aus 3 Lappen bestand, hatte die Länge von ca. 19 cm und sass der Hinterfläche des Kehlkopfs etwas links von der Mittellinie auf. Der eine Lappen hing mit der Epiglottis und der Vorderfläche des Larynx, der andere mit dem Oesophagus zusammen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Fettgewebe, in welchem inselförmige Ansammlungen von Bindegewebe sich fanden.

Mc. Bride hat verschiedene Fälle von Kehlkopflipomen gesehen, in einem derselben kam es zum Recidiv. Es war das ein Tumor von der Grösse eines Bantamhühnereis, der an der Epiglottis seinen Sitz hatte. Schon wenige Monate nach der Exstirpation war ein ebenso grosser Tumor nachgewachsen.

Sir Felix Semon macht darauf aufmerksam, dass das Praeparat in den Verhandlungen der Pathological Society of London 1853 beschrieben ist.

Steward: Fall von Infiltration des Velum aus zweifelhafter Ursache.

Patient, ein 39jähriger Mann, hatte vor circa 1 Jahr einen Abscess auf der rechten Seite im Halse gehabt, der geöffnet wurde. Nach einem Monat bestand noch Infiltration des Gaumensegels. Jodkali wurde ohne Erfolg gegeben. Vor 2 Monaten öffnete sich eine kleine Fistel in die rechte Fossa supratonsillaris; dieselbe wurde gespalten und heilte. Zur Zeit besteht Verdickung des weichen Gaumens und örtliche Lähmung desselben. Nirgends sonst Lähmungserscheinungen oder Anzeichen für Erkrankungen des Centralnervensystems.

Sir Felix Semon möchte wissen, ob das Gaumensegel während der Phonation ganz unbeweglich war und ob Flüssigkeiten regurgitiren. Er denke an Simulation, da der Patient ganz verschieden spricht, bald ganz unverständlich und bald ganz klar.

Pegler: Mikroskopische Schnitte eines Gummi der Nasenscheidewand.

Man sieht Granulationszellen, die eine Tendenz zeigen, sich in spindelförmige Zellen und in sklerotisches Gewebe umzuwandeln. Am Charakteristischsten

ist, dass die Lumina der kleinen Gefässe völlig obliterirt sind durch Zellen, ein Beispiel für die Endarteriitis obliterans.

Kelson: Fall von Kehlkopffistel.

Patient hatte sich vor 7 Monaten mit einem Rasirmesser die Gurgel durchschnitten; der Schnitt war durch die Membrana thyro-hyoidea, die Mm. stylo-pharyngeus, stylo-hyoideus, thyro-hyoideus, omo-hyoideus u. sterno-hyoideus gegangen. Der Larynx war nach vorn und unten gesunken. Pat. kann schlecht schlucken und spricht, obwohl die Stimmbänder gut functioniren, sehr undeutlich.

Waggett u. Lack schlagen Methoden zum Schluss der Fistel vor.

Lambert Lack: Verdickung und Bewegungsbeschränkung der linken Stimmlippe.

Die Affection besteht bei einem 58jährigen Patienten seit 9 Monaten. Die Frage ist, ob eine maligne Neubildung besteht und die Thyreotomie zu machen ist.

Mc. Bride u. Sir Felix Semon neigen sich der Ansicht zu, dass eine beginnende Neubildung vorliegt.

Lambert Lack: Multiple Nebenhöhleneiterung, Resultat der Operation an der Keilbeinhöhle, Demonstration eines neuen Instruments.

25jährige Frau, seit 2 Jahren wegen Eiterung sämmtlicher Höhlen auf der linken Seite in Behandlung. Operation der Highmorshöhle, Curettement der Siebbeinzellen, dann Operation der Stirnhöhle. Da nur noch Eiterung links bestand, so wurde die Keilbeinhöhle, die sich voll Eiter fand, zuerst mit Ausspülungen von der leicht zugänglichen Oeffnung behandelt, als das nichts half, wurde die vordere Wand mit dem Hajekschen Haken weggebrochen.

Tilley findet noch Eiter in der linken Nase des Klienten.

Dundas Grant hat die grösste Schwierigkeit immer darin gefunden, die einmal angelegten Oeffnungen offen zu erhalten.

Lack erwidert, dass die Oeffnung vor 3 Monaten angelegt ist und bisher keine Tendenz zur Schliessung besteht. Man muss nur die ganze vordere Wand fortnehmen.

Robert Tilley: Ein gestielter Tumor in der Gegend der rechten Tonsille entspringend.

Der Tumor hat die Grösse einer kleinen Mandarine und sitzt in der rechten Tonsillengegend bei einem 6jährigen Knaben gestielt auf. Er ist sehr beweglich. Seit 2 Monaten ist er gründlich exstirpirt und immer wieder recidivirt. Die Oberfläche ist körnig, roth und zeigt oberflächliche Erosionen. Er blutet nicht, wenn der Knabe zufällig darauf beisst. Am rechten Unterkieferwinkel ist eine kleine harte, geschwollene Drüse. Es ist nochmalige Operation in Aussicht genommen.

Mc. Bride hat diese Art von gestielten Tumoren nach der Extirpation recidiviren sehen.

Sir Felix Semon möchte sich angesichts der Recidive und des augenblicklichen Aussehens des Tumors für eine maligne Neubildung aussprechen. Die

gestielte Natur des Tumors spricht nicht dagegen. Er selbst hat einen Fall publicirt von gestieltem Tumor der Schilddrüse, der bösartig war und in die Trachea durchgebrochen war. Diese bösartigen Geschwülste haben oft die Neigung, sich zu stielen, wenn sie in eine Höhle durchbrechen, in der sie keinen Widerstand mehr finden.

Sitzung vom 6. November 1903.

Vorsitzender: Mc. Bride.

Nachbehandlung bei intranasalen Operationen mit Ausschluss der Operationen im Nasenrachenraum.

Discussion:

Sir Felix Semon eröffnet die Discussion, indem er vorausschickt, dass seine Bemerkungen sich nur auf die intranasalen Operationen beziehen sollen, die zur Beseitigung von Nasenstenosen vorgenommen werden, also mit Ausschluss der Nebenhöhlenoperationen. Er spricht zuerst über Anwendung von Cocain und Adrenalin und über die Frage der secundären Blutungen nach Anwendung des letzteren. Postoperative Tamponade darf nicht zu fest ausgeführt werden. Im Allgemeinen giebt S. den schneidenden Instrumenten den Vorzug vor der Galvanokaustik. Er macht besonders auf die nach Operationen von Leisten oft auftretende Verdickung aufmerksam, die auf eine excessive Neubildung von Bindegewebe zurückzuführen ist. Um die recidive Entzündung herabzumindern, lässt S. in den Tagen nach der Operation intranasale Sprays mit einer Lösung, die Adrenalin, Cocain und Acidum boric. enthält, machen.

S. giebt sodann eine kritische Uebersicht über die von Asch, Krieg, Boeninghaus und Hajek angewandten Operationsverfahren.

Bei Blutungen verwirft S. die feste Tamponade; er verordnet Spray mit obiger Lösung und lockere Tamponade mit Watte, die mit Wasserstoffsuperoxyd getränkt ist. Es empfiehlt sich, die Wunde möglichst in Ruhe zu lassen.

Scanes Spicer hält es von grosser Wichtigkeit, alle die eine Stenose möglicherweise verursachenden Factoren genau zu diagnosticiren; wenn mehrere derartige gleichzeitig vorhanden sind, beseitigt er sie alle in einer Sitzung unter allgemeiner Narkose. Er führt die übermässige Production entzündlichen Gewebes nach der Operation oft auf Stenose der vorderen Nasenöffnungen zurück. Er sucht dann die Function des M. dilatatores narium dadurch wiederherzustellen, dass er das Nasenloch dilatirt und dann mittels Kautschukringe offen erhält, bis jene Muskeln ihre Activität wiedergewonnen haben.

Saint-Clair Thomson hält, um zu starke Reaction der Schleimhaut zu vermeiden, es für am besten, jeden Eingriff in mehreren kleineren Sitzungen zu machen, statt viel auf einmal zu operiren. Man soll unter antiseptischen Cautelen operiren, nachher aber weder Pulver noch Tampons brauchen.

Cresswell Baber legt, um Verwachsungen zu vermeiden, eine Beinplatte ein und übt den Patienten darauf ein, sich eine solche Einführung von Zeit zu Zeit selbst zu machen. Tamponade braucht er nur in Fällen starker Blutung.

Bronner benutzt zur localen Anästhesie, die er der allgemeinen vorzieht, Cocain in Pulverform zusammen mit trockenem Nebennierenextract. Um Blutungen vorzubeugen, benutzt er Ferropyrin. Er macht alle Eingriffe in einer Sitzung unter allgemeiner Narkose.

Waggett operirt bei blutigen Eingriffen in allgemeiner Narkose bei sitzender Stellung des Patienten. Er hat niemals mehr irgend welche Störung im Heilungsverlauf, secundäre Blutung, Temperatursteigerung oder dergleichen, beobachtet, seitdem er in den zwei auf die Operation folgenden Tagen dreistündlich eine Injection mit Wasserstoffsuperoxyd in die Nase machen lässt. Er glaubt, dass die postoperative Schwellung direct porportional ist der durch Toxine oder Fremdkörper verursachten Irritation. Eine Gummieinlage (nach Lake) wäre jedoch bei der Moure'schen Operation zulässig und von Werth.

Hunter Tod tamponirt nach Gebrauch von Adrenalin. Bei Septumdeviationen zieht er die Fensterresection vor. Er hat ein besonderes Instrument angegeben, um Theile des Septum, des Vomer und des Siebbeins zu entfernen.

Herbert Tilley zieht allgemeine Narkose vor. Er sah selten nach Galvanokaustik oder blutigen Operationen Verwachsungen eintreten. Er räth, stets mehr fortzunehmen, als auf den ersten Blick nothwendig erscheint.

Watson Williams bedient sich bei galvanocaustischen Operationen eines Speculums mit Elfenbeinbranchen, dessen eine dem Septum anliegende Branche länger ist, als die andere. Zur Nachbehandlung bei blutigen Operationen hat sich bei ihm Wasserstoffsuperoxyd als nützlich erwiesen.

Dundas Grant vermeidet es, wenn möglich, zu tamponiren. Er legt nur einen Wattebausch für zwei Tage in den Naseneingang. Er macht submucöse Cauterisation, in dem er die Spitze des Galvanocauters bis auf das Periost einsticht, was er mehrere Male wiederholt. Darauf Aetzung mit Trichloressigsäure und Spray mit 10—15 proc. Antipyrinlösung, während er Bromkali und Natr. salicyl. äusserlich giebt.

Pegler findet, dass das beste Mittel zur Vermeidung secundärer Blutungen in gründlicher Antiseptik besteht. Eine gut sitzende Gummieinlage verursacht keine Anämie durch Druck. Er zieht die Conchotomie der Cauterisation der Muscheln vor, besonders bei engen Nasen. Er hat einmal nach der Operation eine hämorrhagische Ulceration der unteren Muschel gesehen.

Furniss Potter zieht Cocainanästhesie vor. Ein Tampon kann ohne Schmerzen und Blutung unter Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd entfert werden.

William Hill constatirte nach Entfernung der unteren Muschel Regeneration, nicht nur des Muschelgewebes, sondern auch des Knochens. Uebermässige Production von Gewebe nach der Operation ist oft auf die ursprüngliche Ursache der Hypertrophie zurückzuführen, z. B. Nebenhöhlenerkrankungen. Nach Septumoperationen benutzte H. oft dünne Drains wochenlang. Laminariastifte werden zur Dilatation angewandt. Adrenalin wirkt nach seinen Erfahrungen stark reizend. Für Ausspülungen bedient er sich abgekochten Wassers.

Sir Felix Semon fasst die Ergebnisse der Discussion folgendermaassen zusammen:

1. Die locale Anaesthesie ist von den meisten Chirurgen bevorzugt; einige wenden aber die allgemeine Narkose selbst in sitzender Stellung an.

2. Adrenalin begünstigt secundäre Blutungen, doch sind diese selten ernstlicher Natur.

3. Die Lake'schen Gummidrains sind empfehlenswerth.

4. Bei Septumdeviationen wird das Moure'sche Verfahren bevorzugt.

5. Allgemein wird die Verengerung der Nase in Folge übermässiger Gewebsproduction nach Abtragung von Leisten bestätigt. Ueber die anderen Punkte sind die Meinungen getheilt. E. B. Waggett.

III. Briefkasten.

Das Garcia-Jubiläum.

An den Herausgeber des Internationalen Centralblatts für Laryngologie etc.

Geehrter Herr College!

Der Vorschlag, von dem wir Ihnen in einliegendem Circular Kunde geben, wird soeben allen laryngologischen Gesellschaften der Welt unterbreitet.

Die Londoner Laryngologische Gesellschaft wird Ihnen verbunden sein, wenn Sie dies Circular in Ihrem geehrten Blatte so schnell als möglich veröffentlichen und gleichzeitig einwilligen wollten, Beiträge von denjenigen Ihrer Leser anzunehmen, welche keiner laryngologischen Gesellschaft angehören. Die Beiträge sind schliesslich an unseren Schatzmeister W. R. H. Stewart, 43, Devonshire Street, Portland Place, London W., abzuführen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ihre ergebenen

E. Furniss Potter, M. D.

P. F. W. de Santi, F. R. C. S.

Schriftführer der Londoner Laryngologischen Gesellschaft.

Das Circular, auf welches die Schriftführer der Londoner Laryngologischen Gesellschaft in obenstehendem Briefe Bezug nehmen, lautet folgendermaassen:

An den Präsidenten der Laryngologischen Gesellschaft.

Sehr geehrter Herr!

Wir sind von dem Vorstande der Londoner Laryngologischen Gesellschaft beauftragt worden, die Aufmerksamkeit Ihrer Gesellschaft auf die Thatsache hinzulenken, dass Senhor Manuel Garcia, der Erfinder des Laryngoskops, seinen hundertjährigen Geburtstag (D. V.) am 17. März 1905 erreichen wird.

Der Vorstand unserer Gesellschaft wünscht gleichzeitig darauf aufmerksam zu machen, dass das Jahr 1905 das fünfzigjährige Jubeljahr des Laryngoskops darstellt, indem Senhor Garcia's grundlegende Arbeit, welche der Royal Society unterbreitet wurde, im Jahre 1855 veröffentlicht worden ist.

Es besteht die Absicht, das Jubiläum Senhor Garcia's in der Weise zu feiern, dass ihm erstens sein Portrait — dessen Herstellung Mr. John Sargent, R. A., übernommen hat — als Ehrengabe dargebracht wird, und zweitens dass ein Festessen veranstaltet wird. Ausserdem beabsichtigt die Londoner Laryngologische Gesellschaft dem Jubilar eine künstlerisch ausgestattete Adresse zu überreichen und zweifelt nicht, dass andere laryngologische Gesellschaften das Gleiche thun werden.

Es wird die Londoner Laryngologische Gesellschaft sehr freuen, wenn die Mitglieder Ihrer Gesellschaft sich mit ihr zu der Festfeier vereinigen wollten, und zwar, indem sie Beiträge zu der Ehrengabe beisteuern und bei der Präsentation und dem Festessen möglichst zahlreich erscheinen wollten. Unsere Gesellschaft hofft, dass viele auswärtige laryngologische Gesellschaften sich durch Deputirte vertreten lassen werden, und beabsichtigt, falls diese Hoffnung in Erfüllung gehen sollte, eine besondere wissenschaftliche Sitzung im Zusammenhang mit dem Feste zu veranstalten.

Wir würden Ihnen daher ausserordentlich verbunden sein, wenn Sie Ihrer Gesellschaft unseren Vorschlag unterbreiten wollen, und hoffen, um die nothwendigen Vorbereitungen treffen zu können, von Ihnen möglichst frühzeitig die Namen derjenigen Mitglieder Ihrer Gesellschaft zu erfahren, welche beabsichtigen, der Feier beizuwohnen.

Praktisch dürfte es sich wohl empfehlen, dass Ihre Gesellschaft die Sammlung von Beiträgen innerhalb der Sphäre ihres Wirkungskreises unternimmt, und den Betrag nach Abschluss der Sammlung an unseren Schatzmeister Mr. W. R. H. Stewart, 42, Devonshire Street, Portland Place, London W., abführt.

Es ist beschlossen worden, die einzelnen Beiträge nicht zu beschränken, aber nur die Namen der Geber, nicht die Höhe ihrer Beiträge werden in der Liste angegeben werden, welche das Portrait begleiten soll, da wir lebhaft fühlen, dass es wünschenswerth ist, dass womöglich jeder Laryngologe sein Scherflein zu der Ehrengabe beitragen sollte, welche dem ehrwürdigen Erfinder des Laryngoskops bei dieser wahrhaft einzigen Gelegenheit überreicht werden soll.

In der Hoffnung, von Ihnen bald zu hören, dass unser Vorschlag von Ihrer Gesellschaft günstig aufgenommen worden ist, verbleiben wir, Herr Präsident,

Ihre ergebenen Diener

E. F. Potter, M. D. etc.,
P. W. de Santi, F. R. C. S. etc.,
Schriftführer der Londoner Laryngologischen Gesellschaft.

Es braucht nicht gesagt zu werden, dass wir den obenstehenden Vorschlag der Londoner Laryngologischen Gesellschaft allen unseren Fachgenossen aufs Dringendste empfehlen. Der warmherzige Schluss der Einladung der Londoner Laryngologischen Gesellschaft: dass es wünschenswerth sei, dass jeder Laryngologe sich an der Ehrengabe für den Mann betheiligen möge, der im wahrsten Sinne als der Vater unseres Faches bezeichnet werden darf — bedarf keiner weiteren Unterstützung. Wohl aber möchte der Herausgeber des Centralblattes persönlich die Bitte hinzufügen, dass jeder nach seinen Kräften geben möge! — Wohl wird auch die kleinste Gabe dankbar empfangen werden; wohl hat der gefeierte Maler, der die Herstellung des Bildes übernommen hat, in nicht genug anzuerkennender Weise keine Bedingungen an die Uebernahme seiner Aufgabe geknüpft; um so wünschenwerther aber ist es, dass wir, dass die Laryngologen der Welt, in der Lage sein mögen, dem Meister ein seiner Leistung nicht unwürdiges Honorar darzubringen!

Der Herausgeber ist gern bereit, im Einklange mit dem Wunsche der Secretäre der Londoner Laryngologischen Gesellschaft Beiträge anzunehmen, über dieselben zu quittiren und den Betrag schliesslich an den Schatzmeister der Londoner Laryngologischen Gesellschaft abzuführen.

Seine Adresse ist: Sir Felix Semon, 39, Wimpole Street, London W.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, Juli. 1904. No. 7.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente, Instrumente.

1) **Sasedatelew. Oto-rhino-laryngologie in Berlin. (Oto-rino-laringologia w Berline.)** *Separatabdruck aus den Arbeiten der Basanow'schen Klinik in Moskau.*

S. wurde von der Basanow'schen Klinik zu wissenschaftlichen Zwecken ins Ausland abcommandirt. Er besuchte vor allen Dingen Berlin und beschreibt in einer kurzen Abhandlung die Specialkliniken dieser Stadt. So werden sowohl die Einrichtungen als auch die Behandlungsmethoden in den Kliniken von Fränkel, Trautmann, Lucae und Jansen genauer mitgetheilt. Zum Schluss ein kurzer Hinweis auf die Schwartze'sche Klinik.

P. HELLAT.

2) **Fernandés** und **van Swieten. Statistik der im Jahre 1902 von Dr. Goris in dem „Institut Chirurgical" von Brüssel ausgeführten Operationen. (Statistique des opérations pratiquées en 1902 par le Dr. Goris à l'Institut chirurgical de Bruxelles.)** *Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 2. 1903.*

Im Ganzen wurden 459 operative Eingriffe vorgenommen. Davon betreffen den Kehlkopf vier bemerkenswerthe Fälle:

Erstens ein 9jähriger Knabe mit einem haselnussgrossen Papillom unterhalb der Glottis am linken Aryknorpel inserirend und dem entsprechenden Stimmband aufliegend; rauhe Stimme, Stridor. Laryngofissur. Heilung nach 10 Tagen.

Ferner 2 Fälle von Kehlkopfcarcinom, welche trotz ausgedehnter Läsionen befriedigende Resultate ergaben. Bei dem einen — 56jähriger Mann — wurde der rechte Aryknorpel und ein Theil des linken, sowie die eine Hälfte des Cricoidknorpelringes entfernt und der am rechten Thyroidknorpel inserirte Tumor entfernt. Im Verlauf der Operation musste der Oesophagus losgetrennt werden, was die Oesophagorrhaphie benöthigte. Darauf Einführen einer Oesophagussonde durch die Nase; Naht und Einführung einer Trachealcanüle; normaler Wundverlauf; Patient verlässt die Klinik nach einem Monat mit einer Trachealcanüle.

Bei dem zweiten Fall, einem 45jährigen Mann, musste eine noch ausgiebigere Exstirpation vorgenommen werden; der ganze Larynx sammt Cricoidknorpel musste weggenommen werden und die intact gebliebenen Aryknorpel wurden zurück-

gelassen, weshalb der Oesophagus unverletzt bleiben konnte; Oesophagussonde und Trachealkanüle; am 3. Tage nach der Operation konnte Patient schon das Bett verlassen und wurde am 16. Tage nach derselben entlassen.

Der vierte Fall betrifft ein $2^1/_2$jähriges Kind mit Stridor und Asphyxie, bei welchem man einen Fremdkörper im Larynx vermuthete. Goris diagnosticirte: Lungenödem mit Stenose, hervorgerufen durch Druck der Canüle bei sehr hoch und seitlich ausgeführter Tracheotomie. Vornahme einer tiefen Tracheotomie und Verschluss der ersten Incisionswunde, worauf freie Athmung eintrat; definitive Entfernung der Canüle nach 12 Tagen. Heilung mit normaler Stimme.

Tracheotomieen wurden 9 gemacht: 3mal wegen inoperablen Krebses und einmal wegen drohender Athemnoth bei einem Fall von Struma mit Compression der Nn. recurrentes; 5mal wurde die Operation im Verlaufe eines anderweitigen Eingriffs secundär vorgenommen: 2mal als Einleitung der Laryngectomie; 2mal nach Laryngofissur und schliesslich einmal bei einem Mädchen, bei welchem die Thyroidectomie ausgeführt worden war und die plötzlich in eine respiratorische Synkope fiel infolge Zusammenklappens der Trachea im Augenblick der Entfernung des retrosternalen Kropfes.

23 Fälle von Radicaloperationen am Ohr.

Die Nasenoperationen betreffen:

1 Fall von Entfernung von Nasenpolypen in der Narkose;

6 Geradestellungen der Nasenscheidewand;

1 Resection einer Nasenscheidewandgräte;

2 Resectionen der hinteren Muschelenden;

9 Turbinectomien;

2 Nasencurettagen wegen lupöser Neubildungen;

1 Fremdkörperextraction; ferner

30 Fälle von Sinusiten; bemerkenswerth darunter ist der Fall eines 30jährigen Mannes, bei welchem G. im April wegen Nasenschleimpolypen den Sin. max. eröffnete, die Polypen sammt der mittleren Muschel exstirpirte und am Hiatus eine weite Communicationsöffnung zwischen Sinus und Nasenhöhle anlegte; Recidive im August in Form eines krebsigen Tumors; Totalexstirpation des Oberkiefers. Ende September neue Recidive, gefolgt vom Tod.

Ausserdem hat G. unter seinen Sinusoperationen noch 2 Todesfälle aufzuweisen, das eine Mal wurde die Operation zu spät vorgenommen und das andere Mal lag die Ursache an der allgemeinen Körperschwäche infolge hohen Alters.

Was den Pharynx anbelangt, so operirte G. 240 Fälle von adenoiden Wucherungen nach seiner Methode, und zwar unter Chloroformnarkose und in der Rose'schen Kopflage mit der Zange; nur einmal machen Recidive die Wiederholung der Operation nothwendig.

8mal wurde dieselbe an Erwachsenen vorgenommen.

In 44 Fällen wurden zu gleicher Zeit eine oder beide Mandeln abgetragen. Zweimal war die Operation complicirt: einmal mit der Eröffnung eines Abscesses der Fossa temporal. und das anderemal mit der Operation einer Warzenfortsatzfistel; ferner einmal mit der Extraction eines Oesophagusfremdkörpers (Zweifrankstück); ein Fall von gleichzeitiger Abtragung des hinteren Muschelendes und Ent-

fernung eines Nasenrachenschleimpolypen. Ausserdem kamen noch 2 Fälle von Pharynxtumoren zur Beobachtung, welche beide inoperabel noch in Behandlung stehen; bei dem einen wurde die Tracheotomie vorgenommen.

Operationen der Mundhöhle: 4 Zungenoperationen (Zungenpapillom; Epithelialtumor; Zungenvaricen; epitheliomatöse Zungenplaques mit Excision; ein grosses Papillom am Zäpfchen).

5 Uranostaphylorrhaphien und 2 Fälle von Uranoplastik; ferner

7 Kieferoperationen (5 von Caries, 1 Osteitis, 1 Oberkiefercarcinom mit Totalresection);

5 Hasenschartenoperationen;

1 Operation von Unterlippencarcinom;

4 Gesichtsoperationen (Caries des Os mal. et zygomat.; Resection und Reoperation eines recidivirenden Ulcus rodens);

4 circumscripte Wangenepitheliome und

4 Frontalosteome.

Aeusserer Hals. Exstirpationen: gewöhnliche abscedirende oder krebsige Lymphdrüsen; ferner sarcomatöse Tumoren (1 Fall); eine Talggeschwulst des Proc. mastoid. und eine Punction eines kalten Substernalabscesses.

Strumen: 15 Thyroidectomien; alle Operationen kamen rasch zur Heilung, mit Ausnahme eines tuberculösen Mädchens, bei welchem dieselbe 4—5 Wochen in Anspruch nahm; die Kranken verliessen die Klinik in meist nach 8—10 Tagen.

Zum Schluss werden noch 4 Nervenoperationen mitgetheilt: eine von Gesichtsschmerz nach Kocher mit temporärer Resection des Kieferwangenbeins; zwei Fälle von Orbicularschmerz der Augenlider; ein Fall von Parese des Oculomotorius ext. infolge einer chronischen Otitis.

BAYER.

3) A. Capart, fils. **Versuch einer bibliographischen Classification zum Gebrauche der Rhinologen, Laryngologen und Otologen. (Essai d'une classification bibliographique à l'usage des rhinologistes, des laryngologistes et des otologistes.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 6. 1903.*

Das Ideal, der Unzulänglichkeit der gegenwärtigen Hülfsmittel für die Beschaffung einer vollständigen Bibliographie der literarischen Erzeugnisse auf dem Specialgebiete der Rhinologie, Otologie und Laryngologie aufzuhelfen, bietet nach dem Autor die Veröffentlichung eines Registers bibliographischer Auskünfte auf Zetteln (Marken), was eine unbegrenzte Einschaltung ermögliche, wie denn auch derartige Unternehmungen bei mehreren medicinischen Specialitäten, vornehmlich der Anatomie, schon functioniren. Wenn ein Jeder ein derartiges Hülfsmittel zum Arbeiten besässe, wäre man nicht dem Uebelstande ausgesetzt, hervorspringende Entdeckungen, die Jahre zuvor schon gemacht wurden, von Neuem an die Oeffentlichkeit zu bringen, und man würde auch leicht Themata finden, die seit mehreren Jahren nicht mehr aufs Tapet kamen. Das Effectvolle bei der ganzen Sache sei, eine Arbeit resp. ihren bibliographischen Zettel im Index unterzubringen, und zwar durch eine Zahl, welche auf eine in allen Sprachen verständliche Weise den Gegenstand angiebt. C. empfiehlt das von Dewey vorgeschlagene System, wie es

in dem „Office international de bibliographie de Bruxelles" gehandhabt und speciell in dem Annuarium desselben für 1902 veröffentlicht ist.

Der Autor theit die wichtigsten Punkte desselben und seine Application auf obige Specialitäten mit. Diese Classification, wenn sie weiter nichts erreicht, als die richtige Zusammenstellung der Bücher und Broschüren unserer Bibliotheken, verdient darum schon unsere Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen; es sei damit aber keineswegs gesagt, dass sie das allein richtige System für obigen Zweck bilde.

BAYER.

4) **T. B. Mc. Allister. Die oberen Luftwege. (The upper respiratory tract.)** *N. Y. Medical Record. 17. October 1903.*

Verf. bespricht die Bedeutung, die der ungestörten Function der oberen Luftwege für den ganzen Organismus zukommt und betont die Wichtigkeit ihrer sorgfältigen Behandlung.

LEFFERTS.

5) **Gluck** (Berlin). **Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Schlundes, Kehlkopfes und der Trachea.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 69. Bd. 1903.*

Gluck giebt einen Ueberblick über die Entwickelung der von ihm angegebenen Methode der Kehlkopfexstirpation und über deren Erfolge. Er schildert an zwei Beispielen eingehend seine Technik der Larynx- und Pharynxexstirpation. Er beschreibt ferner die von ihm gebrauchten Prothesen zum Verschluss von Tracheal- und Pharynxfisteln, sowie seinen Phonationsapparat und geht kurz ein auf die Methode des plastischen Ersatzes von Defecten an Schlund und Kehlkopf.

SEIFERT.

6) **Freudenthal** (New-York). **Lungentuberkulose und Erkrankungen der Nase und des Rachens.** *Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. Würzburg, Stuber's Verlag. II. Bd. 1. H. 1904.*

Freudenthal bespricht die wichtige Rolle, welche die Nase und der Rachen in der Aetiologie der Tuberculose spielt; so hat er u. A. den Eindruck gewonnen, dass, seitdem die Vegetationen so häufig entfernt werden, Halsdrüsenaffectionen seltener gefunden werden. Eine wichtige Rolle scheint ihm die Xerasie (ἡ ξηρασία = Trockenkeit) zu spielen, die in den allermeisten Häusern (Centralheizung) sich vorfindet und sich nur, in der Nase und im Hals, sondern auch an den trockenen Lippen, dem Ohrenschmalz, dem idiopathischen frühzeitigen Verlust der Kopfhaare, der Epistaxis im Winter zeigt.

SEIFERT.

7) **Lafayette Page. Blutung nicht tuberkulösen Ursprungs der oberen Luftwege. (Non-tubercular hemorrhage of the air passages.)** *The Journal of the American Medical Association. 12. December 1903.*

Derartige Blutungen können ihren Grund in constitutionellen Ursachen haben, ferner bei acuten fieberhaften Krankheiten und hämorrhagischer Diathese, bei Syphilis vorkommen, sowie durch locale Ursachen bedingt sein. Verf. führt zwei Fälle von Blutung infolge Syphilis und einen von Kehlkopfangiom an.

EMIL MAYER.

8) **H. Dupery. Innerliche Anwendung von Adrenalin zur Blutstillung. (Internal administration of Adrenalin for control of hemorrhage.)** *Therapeutic Gazette. 15. October 1903.*

Adrenalin hat das Nebennierenextract völlig verdrängt. Verf. hat es in zwei Fällen von sehr schwerem Nasenbluten angewandt. Der eine Patient hatte seit 3 Wochen Nasenbluten; die blutende Stelle konnte nicht aufgefunden werden und Tamponade brachte die Blutung nicht zum Stillstand. Es wurden 20 Tropfen Adrenalin stündlich innerlich 12 Stunden lang verordnet, dann 12 Stunden lang alle 2—3 Stunden und dann 3 mal täglich. Nach der ersten Dose hörte die Blutung auf. Ebenso bewährte sich die innerliche Darreichung von Adrenalin im zweiten Fall. Desgleichen wurden ausgezeichnete Resultate bei Lungenblutung erzielt.

EMIL MAYER.

9) **S. G. Mc Bullowa** und **D. M. Kaplan. Der subcutane Gebrauch von Adrenalinum hydrochlor. in der Behandlung asthmatischer Anfälle. (The hypodermic use of Adrenalin chloride in the treatment of asthmatic attacks.)** *New York Medical News. 24. October 1903.*

Verf. giebt eine Anzahl von Krankengeschichten von Patienten, bei denen ein unmittelbares Nachlassen des Anfalls durch Injection von Adrenal. hydrochl. erzielt wurde. Theoretisch lässt sich diese Wirkung erklären, wenn man als Ursache für die Anfälle eine vasoparalytische Dilatation der Lungencapillaren annimmt. Bei manchen Patienten sah man im Gefolge der Injection Blasswerden der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, sowie Zittern der Extremitäten auftreten. Dies hielt jedoch nicht länger als 10 Minuten an und wurde niemals bei Anwendung geringer Dosen beobachtet. Besonders leicht leiden Personen mit Arteriosklerose an diesen Erscheinungen. Verf. bediente sich zu den Einspritzungen einer Lösung von 1 : 1000. Der durch die subcutane Injection erzielte Effect kann auch durch Darreichung erheblich grösserer Dosen per os nicht erzielt werden.

EMIL MAYER.

10) **Bukofzer** (Königsberg i. Pr.). **Die Reaction der Nasen- und Kehlkopfschleimhaut auf Nebennierenextract (Adrenalin).** *Deutsche med. Wochenschr. No. 41. 1903.*

Verf. benutzt Adrenalin mit Erfolg bei Retention von Secret in den Nebenhöhlen. Schädliche Nebenwirkungen sah er nie. Zur Stütze seiner früher ausgesprochenen Ansicht von der activen Contractilität der Capillaren bei der Adrenalinwirkung führt Verf. an, dass G. Mayer (Prag) an den Capillaren Muskelfasern aufgefunden hat. Nachblutungen erklären sich nicht durch consecutive Hyperämie, sondern durch Schritt für Schritt eintretendes Nachlassen der Adrenalinwirkung.

ALBANUS (ZARNIKO).

11) **Kirch** (Krefeld). **Ueber Adrenalin und seine Anwendung bei schweren Blutungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1903.*

Erfolgreiche Behandlung einer sonst unstillbaren Epistaxis durch Tamponade mit in Adrenalinlösung getränkter Gaze und innerlicher Darreichung von 20 Tropfen

der $^1/_{10}$ proc. Adrenalinlösung alle 2 Stunden. Ebenso Erfolg bei einer heftigen Lungenblutung durch dreimalige Injection von je 1 ccm Abrenalinlösung.

ALBANUS (ZARNIKO).

12) **Humert. Suprarenin.** *Münch. med. Wochenschr. No. 5. 1904.*

Empfehlung des Mittels, das H. als Suprarenin. hydrochl. 1,0 : 2000 mit 10proc. Cocain anwendet bei Nasenoperationen, Cristen, Spinen, Amputation der vorderen und hinteren Muschelenden. Unangenehme Complicationen wurden nicht beobachtet. H. empfiehlt ferner das Suprarenin als Schnupfpulver 1—2 : 10000 bei acuter Rhinitis und Rhinorrhoe auf nervöser Basis; das deutsche Präparat ist den anderen vorzuziehen.

SCHECH.

13) **Moll** (Prag). **Die blutstillende Wirkung der Gelatine.** *Wien. klin. Wochenschrift. No. 44. 1903.*

Die locale Application der Gelatine auf blutende Gewebe, die subcutane (intravenöse) bei bereits bestehender Blutung oder prophylaktisch wenige Tage vor der zu erwartenden finden in experimentellen Erfahrungen — Agglutination der Blutkörperchen und Fibrinogenvermehrung — ihre Begründung.

CHIARI-HANSZEL.

14) **Wohlgemuth-Bohne** (Berlin). **Fall von Cocainvergiftung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 10. Vereinsbeilage. 1904.*

Ein Arzt, der selbst gegen Nasenbeschwerden Cocainlösung benutzte, wobei er durch unglücklichen Zufall in toto $^3/_4$ g Cocain verbrauchte, bekam danach Herzschwäche, Erstickungsanfälle, Nachlassen der Athmung. Nur durch stundenlang fortgesetzte künstliche Athmung mit Sauerstoffinhalationen und Kampherinjectionen therapeutischer Erfolg. Im Harn trat in den nächsten Tagen Traubenzucker und Glykuronsäure auf.

ALBANUS (ZARNIKO).

15) **Wallenberg. Eine neue Chloroformmaske.** *S.-A. aus d. Corr.-Bl. f. Zahnärzte. XXXI. H. 3.*

W. empfiehlt zur Fortsetzung der in gewöhnlicher Weise mit Esmarch'scher oder Schimmelbusch'scher Maske eingeleiteten Narkose eine an einem Stirnbande befestigte Nasenmaske.

EDMUND MEYER.

16) **Dreher** (Düsseldorf). **Ein sterilisirbarer Pulverbläser, verbunden mit einem Zungenspatel.** *Münch. med. Wochenschr. No. 51. 1903.*

Ein einem Zungenspatel aufgesetzter Ballon mit Röhre, durch welche die betreffenden Pulver und Antiseptica mit einer Hand applicirt werden können; bei der Sterilisirung muss der Ballon abgenommen werden.

SCHECH.

b. Nase und Nasenrachenraum.

17) **Emile Yung. Der Geruchssinn bei der Schnecke. (Le sens olfactif de l'escargot.)** *Académie des sciences. 9. November 1903.*

Die Schnecke riecht mittels ihrer ganzen Haut, ganz besonders aber mit ihren Fühlhörnern. Jenseits von 40 cm ist sie nicht im Stande, Geruchswahrnehmungen zu machen.

PAUL RAUGÉ.

18) **Vaschide. Der Geruchssinn der Greise. (Sur l'olfaction des vieillards.)** *Académie des sciences. 19. October 1903.*

Die bei 60 Greisen beiderlei Geschlechts in Bicêtre und der Salpêtrière angestellten Versuche führten zu dem Ergebniss, dass eine erhebliche Abnahme des Geruchssinns zu constatiren war. Vf. fand unter 36 Männern 15 und unter 30 Frauen 9 mit Anosmie.

PAUL RAUGÉ.

19) **H. Zwaardemaker. Riechend schmecken.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. 1. u. 2. Heft. S. 120. 1903.*

Z. und A. Rollett lenkten 1899 die Aufmerksamkeit auf den süssen Geschmack, den der Duft des Chloroforms hervorzurufen im Stande ist, wenn man denselben in nicht zu geringer Concentration durch die Nase aspirirt. Rollett bezeichnet diese Art des Empfindens als „Nasales Schmecken". Denkt man sich das nasale Schmecken in der Regio olfactoria zu Stande kommend, so muss man sich vorstellen, dass eine mit Chloroformmolekülen geschwängerte Luft sich hier über eine Fläche verbreitet, die mit 3 besonderen Arten von Sinneszellen ausgestattet sind. Diese drei Arten Sinneselemente sind:

1. Riechzellen, mit ihren Riechhärchen über die Oberfläche hervorragend (für die rein olfactorische Empfindung).
2. Freie Trigeminusendigungen (für die prickelnde Nebenempfindung).
3. Epithelknospen (Disse) (für die gustatorische Nebenempfindung).

Mittelst des mit Chloroformlösung von verschiedenen Volumprocenten gefüllten Riechmessers werden nun gesondert folgende Werte aufgesucht:

1. Die Reizschwelle der Geruchsempfindung.
2. Die Erkennungsschwelle der Geruchsempfindung.
3. Die Reizschwelle des nasalen Schmeckens.
4. Die Erkennungsschwelle des nasalen Schmeckens.

Die Reizschwelle der Geruchsempfindung erfordert die Anwesenheit von Chloroform 2,60 mg, Aether 0,07 mg. pro Liter Luft.

Die Reizschwelle des nasalen Schmeckens erfordert pro Liter die Anwesenheit von Chloroform 13,0 mg, von Aether 12,6 mg.

I. KATZENSTEIN.

20) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Ueber olfactorische Energie. (Over olfactorische energie.)** *Onderzoekingen Physiol. Labor. Utrecht. V. Reihe. IV. Lief. 1.*

Wie man sich auch das Zustandekommen eines Riecheindruckes denke, jedenfalls wird ein gewisses Quantum Energie dem Sinnesorgane zugeführt, dessen als Reiz wirksamen Theil man olfactorische Energie nennen kann. Zum Vergleich von Geruchsreizen gebraucht man die Olfactie, i. e. das Quantum Riechstoff, das eben ausreicht zur Hervorbringung einer minimalen Geruchsempfindung in einem normalen Sinnesorgan. Ein Geruchsreiz von n Olfactien wird ein n-faches Quantum olfactorische Energie dem Sinnesorgan zuführen. Die practische Einheit kann in cm Cylinderlänge des Olfactometers ausgedrückt werden.

Allein beim Vergleich verschiedener Riechstoffe lässt dieses Mittel im Stich. Die olfactorische Energie kann a priori nicht der Schwere des Stoffes, sondern

muss der Moleculenzahl proportional sein. Die moleculäre Concentration der Riechgase, i. e. die Zahl Grammmoleculen im Liter, wird das Quantum der zugeführten olfactorischen Energie zu bestimmen helfen. Letztere muss weiter von der relativen specifischen Riechkraft der Molecüle abhängig sein.

Als Beispiel seiner Untersuchungen führt Z. diese Haycraft'sche Reihe an: Chloroform, Bromoform, Jodoform. Diese Mittel gehören zu derselben specifischen Gruppe. Weil sie in Glycerin, Wasser, Fetten mit Paraffin in ganz übereinstimmender Weise löslich sind, darf man vermuthen, dass sie in dieselben Elemente des Sinnesorganes aufgenommen werden. Für die Bestimmung der der Reizschwelle entsprechenden, moleculären Concentration hat Z. seine olfactometrische Methode in dreierlei Weise modificirt: 1. Lösung des Riechstoffes in Paraffin. liq.; 2. Statt der Athmung als Triebkraft der Luft im Olfactometer Verwendung eines constanten Luftstromes von bekannter, lineärer Geschwindigkeit; 3. Bestimmung der Verdampfung am völlig ausgeschobenen Cylinder. Er fand für die specifische Riechkraft der Molecüle dieses Verhältniss: Chloroform 1, Bromoform 69, Jodoform 15324.

Aus diesen Werthen geht hervor, dass die Art und Weise der Reizung im Riechorgan auf osmotischem Druck nicht beruhen kann. Der Gedanke an eine auf Affinität beruhende Einwirkung wird gleichfalls äusserst unwahrscheinlich, da ganz homologe, in ihrer Löslichkeit so völlig übereinstimmende Stoffe beim Ansteigen in der Reihe an Reizkraft so steil aufwärtsgehen.

Auch lässt sich kaum denken, dass die Lösungswärmen solche grosse Unterschiede darbieten sollten. Die einzige zur Zeit übrigbleibende Möglichkeit ist die einer eigenthümlichen, durch Ramsay und Haycraft wahrscheinlich gemachten, der photochemischen analogen, olfacto-chemischen Einwirkung. Es ist interessant, dass in gewissen Fällen eine quantitative Wiedergabe dieser übrigens noch völlig dunkeln Processe stattfinden konnte.

H. BURGER.

21) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Eine bis jetzt unbekannt gebliebene Eigenschaft des Geruchsinnes.** *Onderzoekingen Physiol. Labor. Utrecht. V. Reihe. B. V. Lief. 1. 1904.*

Reproduction der gleichnamigen Arbeit im Engelmann's Archiv f. Physiol. 1904, S. 43.

H. BURGER.

22) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Die Empfindung der Geruchlosigkeit.**

23) **H. Zwaardemaker. Odorimetrie von procentischen Lösungen und von Systemen in heterogenem Gleichgewicht.** *Onderzoekingen Physiol. Laborat. Utrecht. V. Reihe. B. IV. Lief. 2. 1903.*

Reproduction der gleichnamigen Arbeiten im Archiv f. Physiol. 1902 Suppl. und 1903.

H. BURGER.

24) **H. Zwaardemaker. Die Luftbrücke.** *Arch. f. (An. u.) Physiol. Suppl.-Bd. S. 399. 1902.*

Verf. hat früher das Princip der Wheatstone'schen Brücke auch auf die Messung von Luftströmen angewendet und beschreibt jetzt näher die von ihm benutzten Vorrichtungen, deren genaue Einrichtung im Original einzusehen ist. Das

schon früher beschriebene „Kleine Brückensystem für plötzlich abgebrochene Luftströme" wurde zur Vergleichung der beiden Nasenhälften bei der Athmung, beim Schnüffeln, beim Niesen benutzt.
J. KATZENSTEIN.

25) **P. J. Mink** (Deventer). **Die Nase als Respirationsweg. (Le nez comme voie respiratoire.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 8 u. 9. 1903.*

Eingehende interessante Studie, in welcher der Autor die Nasenathmung in Bezug auf Inspiration und Exspiration an der Hand der in der Literatur niedergelegten sowie eigener Nachforschungen ausführlich behandelt:

„Die Nase ist der natürliche Weg für den Durchgang der Luft in den Respirationsapparat, ebenso gut während der Inspiration als während der Exspiration".

„Das Offenstehen des Mundes wird gegenwärtig als ein Fehler angesehen und nur die zur Stütze dieser Ansicht angeführten Motive sind sehr verschieden".

Nachdem der Autor die verschiedenen Ansichten und Beobachtungen der Autoren citirt hat, analysirt er die Differenz, welche zwischen der Nasen- und Mundathmung besteht und ihren Werth in Bezug auf Gasaustausch und Allgemeinzustand auf den Organismus. Zu diesem Zweck geht er zuerst ein auf den Gasaustausch in den Lungen vom physikalischen Standpunkte aus und kommt zu dem Schluss, dass der Werth der Inspiration sich durch die Dauer und gewissermassen durch den Grad des inspiratorischen Vacuums bemessen lässt; der Werth einer Exspiration wird durch die Dauer und bis zu einem gewissen Grad durch die Intensität des positiven Druckes bestimmt.

Sodann studirt er die Druckdifferenz oberhalb der Glottis wärend der Mund- und Nasenrespiration und findet, 1. dass der geringe Druckunterschied, welchen man bei geöffnetem Munde beobachtet, hauptsächlich dem schwachen Widerstand des Mundkanals zuzuschreiben ist und 2. dass sich die Nase nur in einem geringen Grade bei der Athmung durch den Mund betheilige und dies nur, wenn letzterer sehr eng ist. Der Mund muss daher beinahe als directer Communicationsweg der äusseren Luft mit dem eigentlichen Respirations- oder subglottischen Apparat angesehen werden, während im Gegentheil die Nase einen indirecten Weg bildet für den eigentlichen Respirationsapparat und in hohem Grade die Druckdifferenzen verstärkt, welche oberhalb der Glottis existiren. Die Nase bietet einen Widerstand sowohl für Inspiration als für die Exspiration. Die Inferiorität der Mundathmung beruht auf dem schwachen Widerstand, den der Mund dem Luftein- und ausgang bietet. — Was nun den Widerstand des Nasenwegs anbelangt, so hat M., da der positive Druck vorn geringer ist als hinten, nur bei der Exspiration Unterschiede zwischen den vorderen und hinteren Regionen gefunden; er giebt davon ein Schema. Bei dem Versuche einer Interpretation der Druckdifferenzen in der Nase vergleicht er diese mit einem conischen Kanal, dessen weite Oeffnung mit einem Ventil versehen ist, welches den Eingang der äusseren Luft regulirt; seine Trichterform ist dem Lufteintritt günstig; während im Gegentheil beim Ausströmen die Luft an den untern Muscheln einem Widerstand begegnet, der noch vermehrt wird — allerdings in geringerem Grade — durch die

Verengerung, welche sich im Niveau des gebildeten Ventils befindet, resultirend aus dem System der Knorpel und Muskeln des Nasenflügels.

Daraufhin bespricht er den Weg, welchen die Luft bei der Nasenathmung einschlägt, den bei der Inspiration und den bei der Exspiration und geht dann auf die einseitige Nasenathmung über; zum Schluss beschäftigt er sich mit der Reflexerregbarkeit der Nasenschleimhaut.

Der Nutzen der Nasenathmung ist für die allgemeine Medizin sehr wichtig. Es giebt wenige Organe, welche so sehr Störungen ausgesetzt sind wie die Nase; es ist bedauerlich, dass noch so viele Fragen offen bleiben und dass man noch so oft auf Hypothesen angewiesen ist. Vor allem müssen Messungsversuche angestellt werden, wie Prof. Zwaardemaker in seinem Bericht über die „Aerodynamik" der Luftwege bemerkt hat.

BAYER.

26) **Schiefferdecker** (Bonn). **Der Weg des Luftstromes in der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 19. Vereinsbeilage. 1903.*

Aus dem kurzen der Abbildungen ermangelnden Excerpt ist eine klare Anschauung über die Theorieen des Vortragenden nicht zu gewinnen. Es muss deshalb die angekündigte ausführliche Publication abgewartet werden.

ZARNIKO.

27) **Ensch. Die Inspection der Nasenathmung und des Gehörs in der Schule. (L'inspection de la respiration nasale et de l'ouïe à l'école.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 26. 1903.*

E., mit der Oberaufsicht der Schulhygiene der Gemeinde Schaerbeck betraut, theilt den Inhalt gedruckter Propagandablätter mit, welche er unter die betreffenden Gemeindemitglieder vertheilen liess, um die Eltern der Schulkinder auf die Wichtigkeit der Inspection von Nase und Ohren aufmerksam zu machen und ihnen die nöthigen diesbezüglichen Instructionen beizubringen.

BAYER.

28) **Glatzel. Zur Prüfung der Luftdurchgängigkeit der Nase.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 1. 1904.*

Gl. construirte zu obengenannter Prüfung einen Spiegel aus vernickeltem Zinkblech, um wie schon Zwaardemaker that, die Athemflecke zu sehen. Ein Bedürfniss, nun noch diese Methode als objective Untersuchungsmethode zur Diagnose zu verwenden, scheint dem Referenten aber durchaus nicht vorhanden zu sein.

SCHECH.

29) **Menzel. Zur Behandlung der Nasenflügelansaugung.** *Münch. med. Wochenschrift. No. 18. 1903.*

Die zu bisheriger Verwendung kommenden Apparate von Feldbausch, Ott, Fontian Guye, Schmidthuisen und Anderen haben verschiedene Nachtheile und Missstände zur Folge; auch die Josef'sche Methode, die Excision eines mit der Spitze nach hinten gerichteten Keiles von dem Septum mobile hat sich nicht einbürgern können. M. empfiehlt deshalb als neue Methode die Gersuny'sche Paraffinprothese, die darin besteht, das $^1/_4$—$^1/_2$ ccm einer Mischung von Vaselin und weichem Paraffin mit der Pravazspritze in den betreffenden Nasen-

flügel eingespritzt wird; vor der Injection wird in das Vestibulum nari ein dicker Wattepfropf eingeführt, welcher den Nasenflügel weit abhebt und eine Vorwölbung des Knorpels gegen die Nasenhöhle verhindert. Der Erfolg beruht auf dem Resistenterwerden und der grösseren Starrheit des Nasenflügels. Die Reaction ist gering; in einem Falle musste jedoch wegen Vorwölbung des inneren Nasenflügels infolge des Druckes des Paraffins ein Stück des Knorpels abgetragen werden.

SCHECH.

30) **W. Freudenthal. Rheumatismus der Nase. (Rheumatism of the nose.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Mai 1902.*

Verf. bemerkt, dass bisher nur Sendziak Fälle von rheumatischer Erkrankung der Nase publizirt hat. Er selbst ist imstande, 5 Fälle eigener Beobachtung beizubringen, die unter anti-rheumatischer Behandlung geheilt wurden.

EMIL MAYER.

31) **Ralph Miner Niles. Localanwendung von Leberthran bei chronischem Nasenkatarrh. (Local application of Oleum Morrhuae in chronic nasal catarrh.)** *Medical Council. Januar 1904.*

Bei Rhinitis hypertrophicans soll die Nase gründlich mit einer watteumwickelten Sonde, die in Leberthran getaucht ist, ausgewischt werden; auch soll die Nase 3—4mal täglich mit dieser Flüssigkeit gesprayt werden. Bei Rhinitis atrophicans soll das Oel mit Massage der Nasenschleimhaut angewandt werden.

EMIL MAYER.

32) **J. Valentine Levi. Die Heilwirkung des Erysipels bei Rhinitis atrophicans. (The curative effects of erysipelas on atrophic rhinitis.)** *Therapeutic Gazette. März 1904.*

Bericht über einen Fall von Rhinitis atrophicans, in welchem Heilung eintrat, nachdem Pat. drei Anfälle von Erysipel überstanden hatte. Verf. erklärt dies durch einen Gegensatz im Wesen beider Erkrankungen.

EMIL MAYER.

33) **Gherardo Ferreri. Otitis media purulenta bei Ozaena. (Le otiti medie purulente nell'ozena.)** *Arch. Ital. di Otologia. III. 1902.*

Von 430 Ozaenakranken, die in den Jahren 1894—1901 an der Klinik in Rom zur Beobachtung kamen, waren 41 (9,69 pCt.) ohrenleidend, und zwar hatten 20 (48,78 pCt.) chronische Eiterung, 12 (29,26 pCt.) chronische Hyperämie, 9 (21,95 pCt.) Sklerose.

Verf. giebt die Resultate, die er bei der genauen bacteriologischen Untersuchung in 7 seiner Fälle von Mittelohreiterung bei Ozaena erlangte: In 6 dieser Fälle fand sich constant der B. mucosus ozaenae im Ohreiter. In einem Falle, in dem Verf. Gelegenheit hatte, eine pathologisch-anatomische Untersuchung anzustellen — Pat. war an einer intercurrenten Krankheit gestorben — beschränkte sich die Erkrankung nur auf die Schleimhaut, während der Knochen normal war, wogegen in einem anderen Fall die Untersuchung des extrahirten Hammers eine Rarefication der peripheren Knochenlamellen ergab.

FINDER.

34) **Dionisio: Ueber Anwendung dunkler Strahlen bei Ozaena und chronischer Mittelohreiterung. (Sulla radiazione oscura nell'ozena e nelle otiti suppurative chroniche.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. Januar 1904.*

Verf., der bereits früher über die Lichtbehandlung bei Ozaena eine Arbeit veröffentlicht (cfr. Centralblatt Bd. XIX, S. 9) und mit dieser Methode gute Resultate erzielt hat, ist im weiteren Verlauf seiner Studien dazu gelangt, nur die chemisch wirksamen Strahlen zu verwenden. Er wirft die von einem noch nicht dunkelroth glühenden Metalldraht ausgehenden Strahlen mittels geeigneter Vorkehrungen in die Nase oder die Paukenhöhle. Die Wärmewirkung dieser Strahlen ist sehr gering, das Thermometer steigt nur um 1—2 Grad. Verf. hat mit diesen „dunklen Strahlen" in vier Fällen von Ozaena und zwei von Otitis media günstige Resultate erzielt.

FINDER.

35) **Brindel** (Bordeaux). **Behandlung der Ozaena mit interstitiellen Paraffin-Injectionen. (Traitement du coryza atrophique ozénateux per les injections interstitielles de paraffine.)** *Presse médicale. 7. Juni 1902.*

Verf. hat zu seinen Injectionen ein Paraffin von 60° Schmelzpunkt gebraucht, das den Vortheil besitzt, fast unmittelbar nach der Einspritzung zu erstarren. Bei 10 Pat. machte er eine Injection in die unteren Muscheln; alle Pat. scheinen geheilt: es besteht kein Foetor mehr und keine Borkenbildung. Die Muscheln haben durch die Paraffininjection sich derart verändert, dass sie den Eindruck der Hypertrophie machen.

PAUL RAUGÉ.

36) **Broeckaert: Paraffininjectionen zur Behandlung der Ozaena. (Les injections de paraffine appliquées au traitment de l'ozène.)** *Annales des Maladies de l'oreille. No. VII. p. 59. 1903.*

Verf. macht die Injectionen mit einem Paraffin von 45° Schmelzpunkt. Er hat mit dieser Methode ausgezeichnete Resultate erzielt.

E. Y. MOURE.

37) **Brindel. Vaselin bei Ozaena. (Vaselin in Ozaena.)** *N. Y. Medical Record. 26. September 1903.*

Verf. empfiehlt interstitielle Injectionen von Vaselin von 60° Schmelzpunkt in die unteren Muscheln. Zu jeder Einspritzung sind 3—4 ccm erforderlich.

LEFFERTS.

38) **Broeckaert. Die Verwendung der Paraffininjectionen zur Behandlung der Ozaena. (Les injections de paraffine appliquées au traitement de l'ozène.)** *La Presse Oto-Larngologique Belge. No. 6. 1903.*

Mittheilung in der belgischen otolaryngologischen Gesellschaft, Jahresversammlung vom 7. Juni 1903. Cfr. Bericht darüber.

BAYER.

39) **M. Hajek** (Wien). **Einige Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. Grünwald in München: „Der heutige Stand der Ozaena-Frage."**

40) **L. Grünwald. Erwiderung auf vorstehenden Aufsatz.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. 3. S. 466 u. 470. 1903.*

Polemik.

F. KLEMPERER.

41) **Notiz des Herausgebers. Nasenbluten. (Epistaxis.)** *N. Y. Medical Record. 20. Juni 1903.*

Es wird empfohlen, eine 5 proc. Lösung von Nebennierenextract direct auf die Schleimhaut zu appliciren. Nur wenn die Blutung bei alten herzleidenden Personen auftritt, soll Nebennierenextract nicht angewandt werden. LEFFERTS.

42) **W. F. Southard. Opium gegen Nasenbluten. (Opium in epistaxis.)** *Pacific Medical Journal. December 1903.*

Verf. wendet sich gegen einen Aufsatz, in dem empfohlen wird, wenn Tamponade und sonstige Maassnahmen versagen, 2—3stündlich kleine Opiumdosen zu geben; er bezeichnet dieses Verfahren als unsicher und unwissenschaftlich.

EMIL MAYER.

43) **Richter** (Plauen). **Vicariirendes Nasenbluten, hystero-epileptische Krämpfe.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 11. 1903.*

Mittheilung zweier Fälle, deren Krankengeschichten im Original nachzulesen sind, und welche die Gegenseitigkeit nasaler und menstrueller Blutungen erweisen.

SCHECH.

44) **G. Carpani. Einige Bemerkungen über Nasenbluten vom ätiologischen Gesichtspunkt aus betrachtet. (Di alcune nozioni sull'epistassi studiata dal punto di vista etiologico.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. November 1903.*

Verf. theilt die Factoren, die für die Aetiologie der Epistaxis in Betracht kommen, ein: erstens in locale Alterationen in der Nase, dann acute Krankheiten. Er spricht ferner von den vicariirenden Nasenblutungen, von denen er einige Fälle eigener Beobachtung mittheilt, vom Nasenbluten nervösen Ursprungs, von Epistaxis in der Pubertätszeit und auf Grund hereditärer Veranlagung, schliesslich bei chronischen Krankheiten. Vermisst wird in der sehr ausführlichen und fleissigen Arbeit da, wo Verf. von den localen Ursachen der Blutungen spricht, ein Hinweis auf die Prädilectionsstelle vorn am Septum. FINDER.

45) **H. Borst. Alarmirende Nasenblutung. (Alarming nasal hemorrhage.)** *Jowa Medical Journal. 15. Februar 1904.*

Es handelte sich um eine 73jährige Frau mit einer Mitralinsufficienz. Die Blutung wurde zum Stehen gebracht durch Tamponade mit in Adrenalinlösung getränkten Wattebäuschen. EMIL MAYER.

46) **Réthi. Die von der Nase ausgelösten Reflexe.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 4. 1904.*

Bei einem wegen Siebbeinempyem operirten Manne stellte sich nach der Operation eine Parese des rechten Beines ein, die sich aber nach Entfernung des Tampons aus der Nase rasch verlor. In zwei anderen Fällen trat nach Tamponade wegen Operation unsicherer Gang und Schwindel auf. R. glaubt, dass durch die Tamponade Circulationsstörungen und gehinderter Abfluss von Blut und Lymphe aus der Schädelhöhe bedingt werden können. SCHECH.

47) **Opitz** (Berlin). **Zur nasalen Dysmenorrhoe.** *Berliner klin. Wochenschrift. No. 37. 1903.*

Bei einer Patientin, die wegen Nasenbeschwerden (Befund: dem deviirten Septum anliegende Knochenblase der mittleren Muschel) specialärztliche Hilfe aufsuchte, verschwand nach Resection der mittleren Muschel der einen Seite ausser den Nasenbeschwerden eine bis dahin bestehende, dem Arzt vorher nicht mitgetheilte Dysmennorrhöe, eine Erscheinung, die unaufgefordert von der Patientin, die nichts von einem Zusammenhang zwischen Nasenerkrankung und Dysmennorrhoe wusste, mitgeteilt wurde. Verf. glaubt, dass der Fall, da eine Suggestion ausgeschlossen sei, die Existenz einer nasalen Dysmenorrhoe beweise, und verweist bezüglich der verlangten Reflexbahn zwischen Nase und Genitale darauf, dass gewisse Thiere zur Brunstzeit Riechstoffe produciren und damit beim anderen Geschlecht geschlechtliche Erregungen hervorrufen. ALBANUS (ZARNIKO).

48) **J. E. Alberts** (Amsterdam). **Das Pollen-Asthma (das sogenannte Heufieber). (Het pollen-asthma, de zoogenaamde hovikoorts.)** *Amsterdam 1903.*

Populäres Büchlein von 132 Seiten und 9 Bildern. H. BURGER.

49) **J. E. Alberts** (Amsterdam). **Noch einmal über Heufieber. (Nog eens over hovikoorts.)** *Med. Weekblad. 20. Juni 1903.*

Nicht Neues. H. BURGER.

50) **J. J. Halbertsma** (Dodewaard). **Dunbar's Heufieber-Antitoxin. (Dunbar's hovikoorts-antitoxine.)** *Geneesk. Courant. 1903.*

H. hat bei einer seit 7 Jahren an Heufieber leidenden Patientin seit 3 Wochen das Antitoxin erprobt und zwar mit sehr zufriedenstellendem Erfolg. Die Anfälle wurden gleichsam neutralisirt. Das Mittel muss aber während der ganzen Heufieberzeit regelmässig angewandt werden. H. BURGER.

51) **Fink** (Hamburg). **Vorstellung von fünf Patienten mit Heufieber.** *Deutsche med. Wochenschr, No. 49. Vereinsbeilage. 1903.*

Vortr. hält Heufieber für eine Affection der Secretionsfasern des Trigeminus (sensible Erscheinungen sind Reflexreactionen) der Schleimhaut der Kieferhöhle, die im Anfall ein wässriges Secret producirt. Aristolbehandlung der Kieferhöhle hatte bei den vorgestellten 5 Patienten Erfolg. ALBANUS (ZARNIKO).

52) **Thost** (Hamburg). **Die klinischen Symptome des Heufiebers und ihre Behandlung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. Vereinsbeilage. 1903.*

Von 47 Fällen war das Dunbar'sche Antitoxin bei 27 absolut erfolgreich, bei 12 bedingt erfolgreich, bei 8 erfolglos. Mit dem von Dunbar zuerst hergestellten Toxin kann auch im Winter der zum Heufieber Disponirte gefunden werden, ein Umstand, der zur Unterscheidung des Heufiebers von ähnlichen Erkrankungen von Werth ist. Das Antitoxin wirkt nur auf die Symptome des Heufiebers. Der Heuschnupfen ist die leichtere, das Heuasthma, welches sich aus ersterem entwickelt, die schwerere Form. Besprechung der Therapie. In der Discussion betont Fink (Hamburg), dass im Nasensecret von Heufieberkranken keine Pollen gefunden seien, ebenso könnten Anfälle ausser durch Pollen bestimmter Grami-

neen durch Pflanzen, von Flieder, Linden, Wermuth, bei denen nicht die auf diesen deponirten Graspollen die Erreger sein könnten, erzeugt werden. Zarniko (Hamburg) möchte nicht, wie von Thost vorgeschlagen, die oberen Abschnitte der Nase therapeutisch angreifen, wegen der Gefahr der Schädigung der Riechschleimhaut. Dunbar (Hamburg) betont die Möglichkeit, dass auch andere Pflanzen als die Gramineen Gift enthalten können, auf welche Personen ähnlich reagiren. So würden die periodischen Herbstkatarrhe in den Vereinigten Staaten von Nordamerika wahrscheinlich durch andere Toxine hervorgerufen.

ALBANUS (ZARNIKO).

53) **Otto Joachim. Aetiologie und specifische Therapie des Heufiebers. (Etiology and specific therapy of hay fever.)** *Annals of Otology, Rhinology, and Laryngology. September 1903.*

Eine Uebersetzung von Dunbar's Aufsatz in der Berl. klin. Wochenschrift. No. 24—26. 1903.

EMIL MAYER.

54) **J. W. Bailey. Der gegenwärtige Stand der Dunbar'schen Heufiebertherapie. (The present status of the Dunbar hay fever therapy.)** *The Laryngoscope. December 1903.*

Der Aufsatz ist nichts anderes als ein kurzer Auszug aus dem Dunbarschen Artikel und dem von Sir Felix Semon.

EMIL MAYER.

55) **A. W. Mac Coy. Antitoxinbehandlung des Heufieber. (Antitoxine treatment of hay fever.)** *N. Y. Medical News. 30. Januar 1904.*

Verf. theilt die Resultate mit, die er im letzten Sommer in 15 Fällen von Heufieber mit der Antitoxinbehandlung erzielt hat. Er sagt, dass der erzielte Erfolg so prompt eintrat, die Besserung so evident, während der ganzen Saison so anhaltend war, dass es in der That erstaunlich schien. Verf. hält es für wahrscheinlich, dass bei der Hervorbringung des Heufiebers verschiedene Arten von Toxinen mitwirken und glaubt daher, dass, um alle Fälle von Heufieber heilen zu können, man auch mehr als einer Art von Antitoxin bedürfen wird.

LEFFERTS.

56) **Lewis S. Somers. Die Serumbehandlung des Heufiebers. (The serum treatment of hay fever.)** *Medicine. März 1904.*

Verf. theilt 10 Fälle mit, in denen er ein aus Pollen von Goldruthe (Solidago virgaurea) bereitetes Serum angewandt hat. Die Schlüsse, zu denen er sich nach seiner persönlichen Erfahrung in Bezug auf diese Behandlungsmethode berechtigt glaubt, sind folgende: 1. Das Serum bewirkt eine prompte und zweifellose Besserung der Heufiebersymptome in der Mehrzahl der Fälle. 2. In einer kleineren Zahl von Fällen folgt diesem günstigen Resultat bald das völlige Verschwinden der Affection. 3. Wo geringe oder gar keine Wirkung erfolgt, sind die Pollen als vorwiegender ätiologischer Factor nicht anzusehen. 4. Wenn ein Erfolg eintritt, so betrifft dieser in gleicher Weise alle Heufiebererscheinungen. 5. Der Einfluss auf spätere Anfälle ist bisher nicht bekannt. 6. Das Serum in Pulverform wirkt auf die nasalen Symptome in geringem Grade lindernd, dagegen

hat es auf die anderen Symptome wenig Einfluss und kann gelegentlich wie ein Irritans wirken.

EMIL MAYER

57) **Mohr** (Mügeln bei Pirna). **Zur Behandlung bezw. Verhütung des Heufiebers.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 1904.*

In der Pollentheorie mit Dunbar übereinstimmend hat Verf., der selbst Heufieberpatient ist, sich vor Anfällen schützen können durch Tragen eines Schmidthuisen'schen Nasenflügelhebers, der mit einer vom Verf. construirten Filtervorrichtung armirt, die Athmungsluft vollkommen von Pollen frei hält. Verf. beobachtete ausserdem, dass durch längeres Tragen des Apparates die Empfänglichkeit für die Intoxication mit Heufiebergift herabgesetzt wird.

ALBANUS (ZARNIKO).

58) **Edward J. Brown. Hypertrophie der mittleren Muschel als eine Ursache von Heufieber und anderen Störungen. (Middle turbinal hypertrophy as a cause of hay fever and other disturbances.)** *The Laryngoscope. März 1904.*

Verf. führt seinen Fall, in dem Heilung des Heufiebers nach Abtragung der hypertrophirten mittleren Muschel eintrat, als Beweis dafür an, dass der Rhinologe im Bewusstsein, das Dunbar'sche Serum zu besitzen, gegebenenfalls eine sorgfältige chirurgische Behandlung der Nase nicht vernachlässigen soll.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

59) **Duvernay** (Lyon). **Die Hyperämie des Pharynx als prämonitorisches Symptom der Bright'schen Krankheit. (De l'hyperaemie du pharynx comme signe précurseur du mal de Bright.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 20. Januar 1904.*

D. stellt einen Patienten mit Bright'scher Krankheit vor und macht dabei auf ein zuerst von Garel (Congrès de médecine de Lyon 1894) erwähntes Symptom aufmerksam, die Hyperämie des Rachens, für die der vorgestellte Kranke ein typisches Beispiel darstellt.

Es handelt sich um eine dunkle, bisweilen weinfarbige Röthung des Rachens und selbst des Larynxeingangs ohne Trockenheit und Borkenbildung. Subjectiv besteht eine vage Unbequemlichkeit im Halse ohne eigentliche Schmerzen.

Es empfiehlt sich stets, wenn man eine solche Röthung ohne erkennbare locale Ursachen findet, unmittelbar die Untersuchung des Urins vorzunehmen. Findet sich kein Eiweiss, so muss man immer daran denken, dass die Hyperämie des Pharynx oft — als ein Zeichen der vermehrten Spannung im Gefässsystem — dem Erscheinen des Eiweisses im Harn vorausgeht, so dass man aus diesem Symptom oft das Auftreten einer Bright'schen Nierenkrankheit voraussagen kann.

PAUL RAUGÉ.

60) **Holger Mygind. Lupus vulgaris pharyngis.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. S. 372. 1903.*

Unter 200 Lupuskranken des Finsen'schen medicinischen Lichtinstitutes wurden bei 36 (13 männlichen und 23 weiblichen) lupöse Knötchen oder Ge-

schwüre oder Narben nach solchen im Cavum pharyngis oder am Isthmus faucium gefunden. Die speciellen Resultate der sehr sorgsamen klinischen Untersuchung entziehen sich der Wiedergabe im Referate.

F. KLEMPERER.

61) **Schoetz** (Berlin). **Pharynxtuberkulose bei Kindern.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 42. 1903.*

Zwei Fälle. 10jähriges Mädchen, wo zuerst die Diagnose auf Diphtheria faucium gestellt wurde, und 8jähriger Knabe. In beiden Fällen noch andere Localisationen von Tuberculose, an denen sie zu Grunde gehen. Verf. fasst die Pharynxtuberculose als eine Localisation allgemeiner Miliartuberculose auf.

ALBANUS (ZARNIKO).

62) **Palasse** (Lyon). **Wunde des Pharynx. (Plaie du pharynx.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 17. Februar 1904.*

Patient hatte sich eine Verwundung am Halse mit dem Rasirmesser beigebracht. Diese Wunde erstreckt sich von einer Carotis bis zur anderen in einer Länge von 10 cm und verlief zwischen dem Zungenbein und dem oberen Rand des Schildknorpels. Die Basis der Epiglottis war durchschnitten und die Rachenhöhle weit geöffnet. Man versuchte zunächst, das Zungenbein mit dem Schildknorpel zu vereinigen. Jedoch die Nähte hielten nicht und man musste sich auf Verbände beschränken. Der Patient ist geheilt und hat nur eine geringe Behinderung beim Sprechen. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt, dass die Vernarbung der Epiglottiswunde in etwas schräger Richtung erfolgt ist. Es hat also in diesem Falle ein rein abwartendes Verhalten zu diesem guten Resultat geführt.

PAUL RAUGÉ.

63) **Adolph Rupp. Rauchergeschwüre am harten Gaumen. (Smokers' ulcer of the hard palate.)** *N. Y. Medical Record. 13. Februar 1904. Laryngoscope. März 1904.*

In den beiden vom Verf. mitgetheilten Fällen handelte sich um 50jährige Männer, leidenschaftliche Pfeifenraucher, bei denen sich ein Geschwür am harten Gaumen entwickelte, das zu Verwechslung mit Epitheliom Anlass geben konnte. Nach Behandlung der Zähne und Anwendung von Mentholalkohol trat Heilung ein.

LEFFERTS.

64) **Edmund Wertheim** (Breslau). **Ein Fall von Velumlähmung infolge von Botulismus.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. 3. S. 454. 1903.*

Ein sicherer Beweis für den Zusammenhang der Gaumenlähmung und der Wurstvergiftung, die ca. 5 Wochen vor der Untersuchung stattfand, ist nicht geführt; das Fehlen jeder anderer Ursache der Lähmung macht ihn aber wahrscheinlich.

F. KLEMPERER.

65) **Halász** (Miskolcz). **Geheilter Fall einer vollständigen Verwachsung des weichen Gaumens als Folge von Lues.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 10. 1903.*

Völlige Verwachsung des weichen Gaumens mit der Rück- und Seitenwand des Rachens, ferner Defect des knöchernen Nasenseptum und mehrere Geschwülste

in der Nase bei einem 26jährigen Kranken; zuerst wurde unter Cocain-Adrenalin-Anästhesie mit einem eigens construirten flachgebogenen, auf beiden Seiten scharfen Messer der weiche Gaumen von der Hinter- und Seitenwand abgetrennt; dann wurde, um Wiederverwachsung zu verhindern, ein in Jodglycerinlösung getauchter watteumwickelter Pinsel mehrmals täglich in den Nasenrachenraum eingeführt, was aber erfolglos blieb; schliesslich führte das fortgesetzte Einführen eines flachgebogenen stumpfkantigen Dilatators, sowie eine antiluetische Behandlung doch zum Ziele.

SCHECH.

66) **Edmund Owen** (London). **Gaumenspalte und Hasenscharte. (Cleft palate and harelip.)** *Lancet. 19. December 1903.*

Verf. verfährt nach der Methode, die Hasenscharte in frühester Kindheit zu operiren, mit der Operation der Gaumenspalte aber zu warten, bis das Kind zwei oder drei Jahre alt geworden ist. Nach dieser von Brophy (Chicago) eingeführten Methode hat er mehrere Fälle mit Erfolg operirt. Die Details der Operation lassen sich im Referat nicht wiedergeben. Der Hauptpunkt besteht in der forcirten Annähung der Gaumenfortsätze des Oberkiefers und der Anlegung geeigneter Entspannungsnähte, bis es gelingt, die Gaumenfortsätze in der Mittellinie zusammenzubringen.

JAMES DONELAN.

67) **O. Laurent. Die Uranostaphylorrhaphie. (L'uranostaphylorrhaphie.)** *La Clinique. No. 43. 1903.*

L. bespricht zuerst die allgemeinen Principien für die Staphylorrhaphie und Uranoplastik, das Alter zum Operiren, die Vorbereitungen zur Operation und schliesslich die verschiedenen Operationsmethoden: das Anfrischen der Ränder, die Entspannungsincision mit Freimachen eines doppelten mucoperiostalen Lappens, die Sutur, Nachbehandlung und schliesslich die orthophonische Behandlung. Ferner führt er die Operationsverfahren an von Dieffenbach, Monot-Vauverts, Davis-Colley und Brophy.

BAYER.

68) **Serapin. Zur Frage der Mischgeschwülste des Gaumens. (K woprosu smeschannich opuch leineba.)** *Ruskin chirurg. Arch. p. 204. 1903.*

Zum Schluss seiner fleissigen Arbeit kommt Serapin zu folgendem Resumé:

1. Die Mischgeschwülste des Gaumens bilden eine abgeschlossene Gruppe in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht.

2. Sie haben einen gemeinsamen Ursprung mit Teratomen und teratoiden Geschwülsten dieser Gegend.

3. Sie sind Epithelial-Bindegewebs-Geschwülste und nicht einfach bindegewebig.

4. Die epithelialen Elemente erinnern theils an Adenome, theils an Epitheliome. Die bindegewebigen Bestandtheile sind vorwiegend fibrösen, myomatösen oder embryonal-knorpeligen, seltener knöchernen Ursprunges.

5. Diese Geschwülste sind gewöhnlich inkapsulirt; viele von ihnen sind angeboren, wachsen langsam.

6. Sie wurden im harten und weichen Gaumen beobachtet.

7. In klinischer Hinsicht sind sie gutartiger Natur, lassen sich leicht ausschälen und recidiviren nicht.

P. HELLAT.

69) **Lehr** (Hamburg). **Geschwulstbildung am weichen Gaumen und im Pharynx.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 11, Vereinsbeilage. 1904.*

Vorstellung einer 20jährigen Patientin mit ausgedehnter Geschwulstbildung am weichen Gaumen und im Pharynx. Noch ohne Entscheidung, ob Tuberculose oder Lues vorliegt.

ALBANUS (ZARNIKO.)

70) **L. Günzburg. Temporäre Resection des harten Gaumens und des process. alveol. des Oberkiefers (Operation Partsch) zur Entfernung einer Geschwulst im Nasenrachenraume. (Wremen. resekzia twerd. neba wmeste S alveol. kraem werchas. tschelustei [oper. P.] dlja udalenia opucholi nosoglohotsch. prostranstria.)** *Prakt. Wratsch. No. 49. 1903.*

G. führte die Operation nur einmal aus. Der Zugang zum Nasenrachenraum war ein guter. Blutung gering; die Heilung erfolgte anstandslos.

P. HELLAT.

71) **Beco** (Lüttich). **Ueber einen Fall von Masseteriumor. (Sur un cas de tumeur du masséter.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 9. 1903.*

Vergl. Bericht über die Belgische oto-rhino-laryngol. Gesellschaft. Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER.

72) **Recanatesi. Papillom der Uvula. (Papilloma dell'ugola.)** *Bollett. d. malattie dell'orecchio della gola e del naso. November 1903.*

Der Tumor hatte in dem mitgetheilten Falle die Grösse einer Erdbeere und sass an der Spitze der Uvula.

FINDER.

73) **D'Aguanno. Charakteristisches Fibrom der Uvula. (Fibroma caratteristico dell'ugola.)** *Bollett. d. malatt. dell'orecchio della gole e del naso. August 1903.*

Tumor von Bohnengrösse, der der Hinterfläche der Uvula aufsass.

FINDER.

74) **R. H. Johnston. Lymphom des Rachens. (Lymphoma of the pharynx.)** *Journal of Eye, Ear and Throat diseases. September-October 1903.*

Der Ausgangspunkt des weissen, kugelförmigen Tumors befand sich an der rechten Seite des Pharynx, ungefähr in Höhe der Epiglottis. Verf. ist geneigt, den Tumor als eine überzählige Tonsille zu betrachten.

EMIL MAYER

75) **A. A. Hymans van den Bergh** (Rotterdam). **Demonstration eines Falles von Pulsionsdivertikel des Rachens.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 908. 1903.*

Bei einer 78jährigen Frau Schluckbeschwerden seit 2 Jahren; bedeutende Abmagerung, dennoch kein kachectisches Aussehen. Beim Essen und Trinken entsteht auf der linken Seite des Halses ein deutlicher, leicht leer zu drückender Sack, der oft Speisereste des vorigen Tages enthält. Die Reaction des Sackinhaltes ist in der Regel sauer, Salzsäure nicht nachweisbar. Kürzere oder längere Zeit nach dem Essen kommen die Speisen in den Mund zurück und werden

dann theilweise erbrochen, theilweise wieder heruntergeschluckt. Die Sonde wird bei 20—23 cm aufgehalten, bisweilen aber gleitet sie ohne Widerstand in den Magen hinein. Die Divertikelsonde von Leube-Zenker liess im Stich. Die von Neukirch empfohlene Methode der Ernährung, nämlich nur in der Seitenlage (Pat. liegt auf der Seite, wo sich das Divertikel befindet) überstieg alle Erwartung. Die Beschwerden sind wie mit Zauberschlag verschwunden; Verschlucken kommt nur noch beim Trinken höchst selten vor. In 3—4 Wochen hat Pat. 5 kg an Körpergewicht zugenommen. H. BURGER.

76) **J. van Campen** (Amsterdam). **Unterbindung der Carotis communis wegen Aneurysma der Carotis interna. (Carotis communis-onderbinding voor aneurysma der Carotis interna.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1172. 1903.*

Die 58jährige Patientin klagte über eine fremde Empfindung im Halse und über veränderten Stimmklang. Sie zeigte in der rechten Submaxillargegend eine ziemlich diffuse Schwellung; im Mundrachen rechts aber eine stark hervorgewölbte, wallnussgrosse, pulsirende Geschwulst. Wegen der Geringfügigkeit der Beschwerden wurde vorläufig abgewartet. Ein Jahr später, d. h. vor 3 Wochen, stellte sich eine zunehmende Dysphagie ein, indem die pulsirende Geschwulst den Rachen gänzlich verschloss. Unter Chloroformnarkose wurde dann die Carotis communis oberhalb des M. omohyoidens einfach unterbunden. Die Pulsation im Hals ist sogleich verschwunden, die Geschwulst hat an Stärke bedeutend nachgelassen, und das Schlucken ging mit jedem Tag besser. Demonstration der Patientin.

In der Discussion berichtet Prof. Narath über einen vollkommen analogen Fall des extracraniellen Theiles der rechten Carotis interna. Der 28jährige Patient hat seit 4 Jahren eine Schwellung am Halse, die in der letzten Zeit an Stärke wuchs; bei schwerer Arbeit stechende Schmerzen, Schluckbeschwerden, rechtsseitiger Kopfschmerz. Exstirpation eines Stückes der Carotis communis externa et interna, dann hörte die Pulsation auf. Vor einigen Tagen, d. h. 5 Jahre p. o. schreibt Pat., dass er sich ganz wohl fühle und nur dann und wann an Kopfschmerz leidet. H. BURGER.

77) **Grossmann** (Berlin). **Doppelseitige Pulsation der seitlichen Rachenwand.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 42. Vereinsbeilage. 1903.*

Vorstellung eines solchen Falles bei 69jährigem Patienten, der keine Beschwerden von der Abnormität hat, die Verf. erklärt durch abnorm starke Ausbildung eines Astes der Arteria pharyngea ascendens. ALBANUS (ZARNIKO).

d. Diphtherie und Croup.

78) **Weil** (Paris). **Diphtheriestatistik am Kinderkrankenhaus. (Statistique de la diphtérie à l'hôpital des enfants malades.)** *Société médicales des hôpitaux. 12. Juni 1903.*

Verf. theilt das Ergebniss der Statistik aus dem Krankenhaus Marfan's für die Zeit vom 1. März 1902 bis 1. März 1903 mit. In diesem Zeitraum wurden

1123 diphtheriekranke Kinder aufgenommen; bei 713 handelte es sich um Rachendiphtherie, bei 410 war auch der Kehlkopf ergriffen. Die Sterblichkeit betrug 21 pCt.; zieht man die Todesfälle ab, die sich in den ersten 24 Stunden nach der Einlieferung ereigneten, so bleibt eine Mortalität von 12,3 pCt. Sehr gross war die Zahl der malignen Anginen: 143 mit 89 Todesfällen. Die Verbindung von Scharlach mit Diphtherie stellte eine schwere Complication dar; unter 11 Fällen waren 8 tödtlich verlaufende.

Die Kehlkopfdiphtherie endete von 406 Fällen 136 mal tödtlich (33,49 pCt.). Die Intubation wurde 410 mal bei 296 Kranken gemacht. Sehr verschlechterte sich die Prognose, wenn eine initiale Albuminurie vorhanden war. In 22 pCt. der Fälle traten Erytheme auf und zwar sowohl nach Anwendung des Serum wie ohne dasselbe. In Bezug auf die Serumbehandlung wird die Nothwendigkeit betont, bei malignen Formen und bei Kehlkopfdiphtherie relativ hohe Dosen anzuwenden. Ferner sollen die Sera weniger günstig wirken, die nicht auf 55° erwärmt sind.

PAUL RAUGÉ.

79) **Risel. Das Verhalten der Diphtheriesterblichkeit in Halle a/S. unter dem Einfluss der Wohnungsdesinfection und der Heilserumbehandlung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1904.*

Seit 1894 trat in Halle a. S. eine merkwürdige Abnahme der Diphtherie ein, wofür R. die Einführung der Wohnungsdesinfection und des Heilserums verantwortlich macht.

SCHECH.

80) **Netter** und **Bourges. Ueber die Verbreitung der Diphtherie in den Schulen und die Mittel zu ihrer Bekämpfung. (De la propagation de la diphtérie dans les écoles et des mesures à lui opposer.)** *Société de médecine publique et de génie sanitaire. 23. April 1902.*

Von 231 Kindern, die an einer Schule untersucht wurden, fanden sich bei 42 Löffler'sche Bacillen in der Rachenhöhle; bei 66 fanden sich kurze Bacillen, bei denen es zweifelhaft war, ob es Diphtheriebacillen waren. Es genügte, diese Kinder vom Schulbesuch auszuschliessen, um eine Diphtherieepidemie, von der 42 Kinder bereits befallen waren, zum Erlöschen zu bringen. Das Verschwinden dieser Schulepidemie hatte eine erhebliche Abnahme der Diphtherie im ganzen Quartier zur Folge.

PAUL RAUGÉ.

81) **Notiz des Herausgebers. Die Periodicität der Diphtherie und ihre Ursachen. (Periodicity of diphtheria and its causes.)** *N. Y. Medical Record. 26. September 1903.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass die Periodicität der Diphtherie nicht die Folge von Variationen in der Virulenz des Ansteckungsstoffs, sondern von Schwankungen in der Empfänglichkeit des menschlichen Organismus ist.

LEFFERTS.

82) **T. R. Sturtevant. Diphtherie auf dem Lande. (Diphtheria in the country.)** *31. October 1903.*

Verf. schildert die Schwierigkeiten, die dem Landarzt bei der Behandlung

der Diphtherie begegnen. In einem Fall soll die Verbreitung durch Geflügel geschehen sein, das an einer membranösen Mundentzündung erkrankt war; eine andere Quelle der Verbreitung stellen die offenen Senkgruben dar. Der Landarzt soll stets Antitoxin bei sich führen. LEFFERTS.

83) **Dsershgowski. Zur Frage der Erblichkeit künstlicher Immunität gegen Diphtherie. (K wopresu o nasledstwen. iskustwen. newospricintsch. protiw difteri.)** *R. Wratsch. p. 186. 1903.*

Autor neigt zu der Annahme, dass Antitoxine von der Mutter auf die Frucht nicht übergehen können; sie werden durch die Placenta zurückgehalten.

In den ersten Lebensmonaten wird die Immunität der Kinder durch die an Antitoxinen reiche Milch der Mutter genährt. P. HELLAT.

84) **R. G. H. Tate. Diphtherie. (Diphtheria.)** *Dublin Med. Journal. April 1903.*

Ein kurzes Resumé über die klinischen Erscheinungen der Diphtherie.

A. LOGAN TURNER.

85) **Bernhard Kohn. Die Todesursachen bei Diphtherie. (The causes of death in diphtheria.)** *American Medicine. 10. Januar 1903.*

Verf. schildert die Todesursachen bei Diphtherie, die er eintheilt in mechanische Ursachen, die Toxinwirkung auf den Organismus und die Complicationen.

EMIL MAYER.

86) **Frederik Fenton. Praemonitorische Symptome von Herzschwäche bei Diphtherie. (Premonitory symptoms of failure of the heart in diphtheria.)** *Canadian Practitioner and Review. März 1903.*

Das Vorkommen von Leibschmerzen bei Diphtherie soll ein besorgnisserregendes Anzeichen sein, ist Erbrechen damit verbunden, so soll darin ein Vorzeichen des Exitus gesehen werden. EMIL MAYER.

87) **Destot. Hämorrhagische Diphtherie. Herzthrombose. (Diphtérie hémorrhagique. Thrombose cardiaque.)** *Société de Pédiatrie. October 1903.*

Verf. demonstrirt Präparate von Lungeninfarkt und hämorrhagischen Ulcerationen des Magens von einem an maligner Diphtherie mit Purpura der Haut verstorbenen Kinde. Der Lungeninfarkt hatte seine Ursache in einer Embolie, die von einem Thrombus des rechten Herzens herrührte. PAUL RAUGÉ.

88) **Robert G. Tate** (Dublin). **Diphtherie. (Diphtheria.)** *Dublin Journal Med. Scienc. Dublin. April 1903.*

Verf. macht auf eine Gefahr aufmerksam, die in Folge der Dünnheit der hinteren Thoraxwand der Serumbehandlung bei kleinen Kindern anhaften kann. Er beschreibt zwei Fälle, in denen dadurch, dass die Nadel der Injectionsspritze durch die Rückenmuskeln in den Thoraxraum eindrang, eine Gangrän des Unterlappens der rechten Lunge eintrat, was Tod zur Folge hatte. JAMES DONELAN.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

89) **J. Katzenstein** (Berlin). **Ueber die elastischen Fasern im Kehlkopf, mit besonderer Berücksichtigung der functionellen Structur der wahren und falschen Stimmbänder.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 3. S. 329.*

Eine sehr sorgsame histologische Studie, die sich zur Wiedergabe im Referat nicht eignet und aus deren reichen Inhalt nur die folgenden zwei Feststellungen wiedergegeben werden sollen:

Es hat sich ergeben, dass sich in dem hyalinen Thyreoidknorpel an der Stelle der Insertion der Stimmlippen ein elastisches keilförmiges Knorpelstück einschiebt, das als Processus vocalis anterior wirkt. Es dürfte gerechtfertigt erscheinen, diesen Faserknorpelwulst, der in ähnlicher Weise aufgebaut ist wie der Processus vocalis posterior, der fernerhin die Functionen eines Processus vocalis anterior zu erfüllen hat, auch so zu nennen, wie dies Gerhardt schon im Jahre 1860 vorgeschlagen hat.

Die elastische Pars membranacea der Stimmlippe ist nicht als Sehne des Musc. thyreo-arytaenoideus internus aufzufassen, sondern als ein den Muskel dachgiebelartig umhüllendes Band, das mit dem M. thyreo-arytaenoideus internus bei der Beanspruchung des Muskels secundär in Beziehung tritt. — Der Ausdruck „Stimmlippe" lässt sich anatomisch nicht festlegen, er kennzeichnet das Organ nur in Beziehung auf seine Function, und nach der bei jeder Lautgebung verschiedenen Beanspruchung wechselt der jeweilig als Stimmlippe, d. h. Zungenpfeife wirksame Theil des fibrös-elastischen Ligamentum thyreo-arytaenoideum und des M. thyreo-arytaenoideus internus.

F. KLEMPERER.

90) **A. Breda. Bouba laryngo-trachealis. (Bouba laringo-tracheale.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. November 1903.*

Im Jahre 1895 hatte Verf. vor der Academie in Padua die Beschreibung eines Krankheitsbildes gegeben, das in der alten Welt bisher überhaupt nicht, und in Brasilien, wo es heimisch ist, nur unvollkommen studirt war, und das dort „Bouba" genannt wird. Er hatte seine Beobachtungen an drei aus Brasilien zurückgekehrten Auswanderern gemacht. Im Jahre 1900 konnte er dem Istituto Veneto di Scienze bereits über 14 von ihm beobachtete Fälle berichten. In vorliegender Arbeit lenkt Verf. die Aufmerksamkeit auf die bei dieser Krankheit an den Schleimhäuten und zwar besonders denen des Larynx und der Trachea vorkommenden Veränderungen; es ist sehr zweifelhaft, ob solche auftreten, bevor an der Haut sich Erscheinungen von Bouba zeigen. In allen Fällen des Verfs. haben die Patienten die Krankheit in Brasilien acquirirt. In manchen Familien wurden mehrere Familienmitglieder nach einander in Zwischenräumen von 1—2 Monaten befallen. Bei 6 Individuen beschränkte sich die Krankheit auf die äussere Haut; bei den übrigen 9 erkrankte auch die Schleimhaut der Nase, des Mundes, des Pharynx und Larynx und 3 mal auch die der Trachea. Wir müssen von einer genauen Beschreibung der Erscheinungen auf der äusseren Haut absehen, die im Wesentlichen in Bildung tiefer Geschwüre bestehen, auf deren Grunde harte,

maulbeerförmige Wucherungen sich erheben. Auf der Schleimhaut hat man nicht Gelegenheit, das Auftreten blasenförmiger Efflorescenzen, die auf der Haut das Vorstadium der Geschwüre bilden, zu beobachten; man sieht vielmehr hier als Anfangserscheinung Erosionen und auf infiltrirtem Grunde Wucherungen, die hirsekorn- bis nussgross, von rother oder graurother Farbe sind, nicht schmerzen, nicht bluten, sich dicht auf dem Boden, dem sie aufsitzen, zusammendrängen und den betreffenden Theilen eine gewisse Rigidität verleihen. Sie trotzen allen therapeutischen Angriffen, verursachen wenig subjective Beschwerden, z. B. im Rachen gewisse Trockenheit, etwas Husten und Dysphagie, wenn sie im Larynx auftreten, Aphonie. In der Nase kommt es oft zu theilweiser oder gänzlicher Zerstörung des knorpligen Septums. Von der Schleimhaut der Nase und der Lippen geht die Affection auf die Alveolarschleimhaut über, bisweilen auf die des Mundbodens und in der Regel auf den harten und dann den weichen Gaumen. Von dort oder den Choanen geht sie auf die hintere und seitliche Rachenwand, die Tube, die Epiglottis, das Larynxlumen und die Trachea. In einem Fall bestand seitliche Verlagerung der Epiglottis durch Narbenzug, auf ihrer gerötheteten lingualen Fläche sassen Knötchen, von denen das grösste den Umfang eines Maiskorns hatte, unter dem rechten Stimmband bildete sich ein bohnengrosser Knoten. In einem anderen Fall, der zur Section kam, fand sich diffuse Verdickung der Epiglottis, ihre Schleimhaut trug grobkörnige Granulationen; die Stimmlippen waren verdickt und deformirt, ihre Oberfläche von Knötchen und Knoten verschiedener Grösse bedeckt. Die Infiltration der Schleimhaut erstreckte sich bis in die Trachea, deren Oberfläche gleichfalls von solchen Knoten besetzt war.

Verf. giebt dann die ausführliche Krankengeschichte eines Patienten, der an der im Jahre 1892 in Brasilien acquirirten Bouba im Jahre 1902 in seiner Heimath starb, und theilt den genauen Sectionsbefund dieses Falles, in dem die Veränderungen an Kehlkopf und Trachea besonders charakteristisch waren, mit.

Patient erkrankte im Jahre 1892 in Brasilien unter Erscheinungen auf der Haut, bald zeigten sich auch Herde auf den Lippen, der Zunge und im Halse, besonders die Oberlippe wurde sehr hart und stark infiltrirt; ferner trat Heiserkeit ein. Als er sich im März 1896 zuerst von B. untersuchen liess, fand sich eine Zerstörung des knorpligen Septums; die Oberlippe war auf das Dreifache ihres Volumens verdickt und zeigte zahlreiche Knoten und Knötchen. Die Zungenspitze war rigide, infiltrirt und ulcerirt. Der Mund konnte nur unvollkommen geöffnet werden. Die ganze Oberfläche der Gaumen-Rachenschleimhaut war roth, geschwollen und mit knötchenförmigen Granulationen bedeckt. Das Lumen des Rachens war verengt. Ebenso war die Epiglottis, die aryepiglöttischen Falten, die Aryknorpel geröthet, geschwollen und mit Knötchen bedeckt, so dass man die Stimmlippen nicht sehen konnte. Daneben bestanden noch erhebliche Veränderungen an der äusseren Haut. Im Mai 1900 war die Oberlippe durch einen ulcerativen Process völlig zerstört, desgleichen die Hälfte der Unterlippe. Im Juni desselben Jahres ging Pat. kachektisch zu Grunde.

Bei der Section ergab sich — abgesehen von den Veränderungen an Lippen, Zunge, Gaumen und Rachen — dass auch der Larynx und die Trachea bis zum III. Trachealring von Knötchen besetzt waren. Aus dem Ergebniss der histo-

logischen Untersuchung sei hervorgehoben, dass besonders die grosse Menge der vorhandenen Plasmazellen auffiel.

Zum Schluss führt Verf. in Form einer tabellarischen Zusammenstellung die differentialdiagnostischen Merkmale zur Unterscheidung des Bouba von Lupus, Tuberculose und tertiärer Syphilis an.

FINDER.

91) **Rosenberg. Beobachtungen über Pachydermie und weisse Geschwülste des Kehlkopfes.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 9. 1903.*

Die Pachydermie tritt in sehr verschiedenen Formen wie als wulstartige Verdickungen an Proc. vocal. oder am Stimmbandrande auf, oder in Form von weissen Streifen und Platten; hierher gehört auch der von Stein beschriebene Fall von „Laryngitis desquamativa" sowie der Fall Gleitsmann's von „ungewöhnlicher Geschwulst im Kehlkopfe"; meist sieht man eine schweeweisse mehr oder weniger ausgedehnte, mehr glatte oder am Rand gezackte derbe festhaftende Auflagerung auf einem oder auf beiden Stimmbändern. Juffinger bezeichnet diesen Fall als Keratosis circumscripta, Andere sprechen in solchen Fällen von Papilloma verrucosum oder von Pachydermia verrucosa oder auch von Cornu laryngeum. Solche Fälle werden sehr leicht mit dem Carcinom verwechselt, wogegen nur die mikroskopische Untersuchung schützt, wie schon die Semon'sche Sammelforschung dargethan hat; vollkommen glatte Geschwülste scheinen R. eher den Verdacht auf Carcinom zu rechtfertigen, wofür R. als Beleg eine Krankengeschichte mittheilt. Der Arbeit ist eine chromolithographische Tafel der von R. beobachteten Fälle beigegeben.

SCHECH.

92) **Logucki. Ein Fall von Osteochondrom des Larynx. (Przypadek gura w kratni.)** *Z posiedzen laryngologiczno-otrya trycznych.*

Bei einem ca. 40jährigen Manne, welcher seit längerer Zeit an Heiserkeit litt, wurde in vorderem Winkel unterhalb der Glottis eine runde, harte, kirschengrosse Geschwulst entdeckt. Bei der Zangenextraction erwies sich dieselbe derart hart, dass nur ein Theil derselben entfernt werden konnte.

A. SOKOLOWSKI.

93) **Jauquet. Larynxpolypen. (Polypes du larnyx.)** *La Clinique. No. 47. 1903.*

Der Autor führt einen Fall von Larynxpolypen an, welcher infolge falscher Diagnose lange Zeit ohne Erfolg behandelt worden war und infolgedessen den Kranken sehr entmuthigt hatte; mit der Entfernung des Polypen waren natürlich alle Unannehmlichkeiten sofort zum Verschwinden gebracht.

Der Artikel bringt nichts Neues und ist wegen seiner Actualität für Nichtlaryngologen bestimmt.

BAYER.

94) **Dreyfuss** (Strassburg). **Ueber Stimmlippenpolypen.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 3. Vereinsbeilage. 1904.*

Demonstration von exstirpirten Geschwülsten.

ALBANUS (ZARNIKO).

95) **Henry Garnsey Ohls. Ein interessanter Kehlkopf-Rachentumor. (An interesting laryngo-pharyngeal tumor.)** *The Laryngoscope. Januar 1904.*

Die Untersuchung mit dem Spiegel zeigte den Tumor nicht; derselbe hing vielmehr in den Oesophagus hinab und kam nur zum Vorschein, wenn er durch

Erbrechen oder andere mechanische Ursachen über den Larynxeingang emporgedrängt wurde. Es trat plötzlicher Exitus ein. Man fand einen Tumor, der sich in den Nasenrachen ausbreitete und mittels eines schmalen Stiels mit der Intraarytänoidfalte oder möglicherweise mit der Hinterfläche des Ringknorpels, da, wo der Oesophagus beginnt, zusammenhing. Die Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibrom handelte. EMIL MAYER.

96) **Meyer** (Berlin). **Ueber die Indication endolaryngealer und äusserer chirurgischer Eingriffe am Kehlkopfe im Kindesalter.** *Münch. med. Wochenschr. No. 52. 1903.*

Empfehlung der endolaryng. Methode behufs Entfernung der Papillome, da die Statistik für Laryngofissur ungünstigere Resultate ergiebt, bei Athemnoth aber und Blutungsgefahr ist die Laryngofissur angezeigt. SCHECH.

97) **V. Hinsberg** (Breslau). **Beitrag zur Frage des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 3. S. 353. 1903.*

Verf. giebt die Krankengeschichte und den histologischen Untersuchungsbefund des bemerkenswerthen Falles, den er in der Epikrise folgendermassen zusammenfasst:

Bei einem 73jährigen, im übrigen gesunden Mann wird am 2. Mai 1899 eine wallnussgrose Geschwulst, die histologisch den Eindruck eines gutartigen Tumors (echter Tumor oder Granulationsgeschwulst) macht, entfernt. Nach 8 Monaten wird ein haselnussgrosser Tumor exstirpirt, der sich histologisch ganz ähnlich verhält. Als Sitz des ersten Tumors ist die Gegend des rechten Aryknorpels notirt, als Sitz des zweiten wurde die rechte ary-epiglottische Falte in der Nähe des Giessbeckenknorpels festgestellt — 3 Wochen später ist die rechte Plica ary-epiglottica verdickt, es werden verschiedene Gewebstheile vom Ueberzug des Knorpels und den benachbarten Theilen der Falte entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass erstere normal sind. Unter den von der aryepiglotischen Falte exstirpirten Stückchen befindet sich ein etwa $^1/_2$ erbsengrosses Knötchen, das anscheinend dem freien Rand der Falte aufgesessen hat. Mikroskopisch zeigt es die Merkmale eines beginnenden Carcinoms. Es hat allem Anschein nach gerade von der Exstirpationsstelle des Fibroms seinen Ursprung genommen. Das Deckepithel der Umgebung trägt kleine, papillomähnliche Excrescenzen, das subepitheliale Bindegewebe ist stark kleinzellig infiltrirt. — Nach 3 Wochen wird aus dem hintersten Theil des rechten Sinus Morgagni ein etwa erbsengrosses Knötchen excidirt. Es erweist sich als zusammengesetzt aus fibromatösem Gewebe, ähnlich dem im zweiten Tumor und aus Epithelmassen. Ob letztere als Carcinom zu deuten sind, lässt sich nicht bestimmt entscheiden. — Während der nächsten 7 Monate nimmt die ary-epiglottische Falte, die Anfangs noch verdickt war, wieder normale Formen an, sie ist von anscheinend unveränderter Deckschicht überzogen. Bisher konnten Drüsenschwellungen am Hals nicht nachgewiesen werden. — Nach 8 Monate langer Pause erscheint der Patient wieder. Jetzt ist am rechten Sternocleidomastoideus eine Reihe von erbsengrosser

Drüsen palpabel, die rechte ary-epiglottische Falte ist in einen dicken Tumorstrang verwandelt, von dem ein Theil entfernt wird. Die Untersuchung der exstirpirten Partie ergiebt das Bild eines ausserordentlich zellenreichen Carcinoms mit sehr wenig Stroma. Der Tumor wächst in den nächsten Monaten rapid, die Drüsen vergrössern sich, der Patient nimmt in seinem Ernährungszustand zusehends ab.

Verf. deutet den zweitexstirpirten Tumor als Recidiv des ersten, das letztexstirpirte Carcinom als Recidiv des 3 Wochen nach dem zweiten Tumor excidirten beginnenden Carcinoms. Dass die ary-epiglottische Falte lange Zeit nach der dritten Operation makroskopisch normal aussah, erklärt er damit, dass bei dieser nur ein kleiner Rest des primären Carcinoms zurückblieb, welcher längere Zeit gebrauchte, um durch sein Wachsthum wieder makroskopisch sichtbare Veränderungen hervorzubringen. Zwischen den gutartigen und den bösartigen Geschwülsten nimmt Verf. wegen ihrer zeitlichen Aufeinanderfolge und weil das Carcinom in der durch die Fibromexstirpation gesetzten Wundfläche sich entwickelte, einen gewissen Zusammenhang an. Aber dieser Zusammenhang besteht nicht in der Umwandlung einer gutartigen Geschwulst in ein Carcinom, das letztere stellt nicht eine directe Fortsetzung der Bindegewebsgeschwulst dar, sondern einen ganz neuen, selbstständigen Tumor. Verf. deutet das Carcinom als eine Art Narbencarcinom, für dessen Entstehung er im Wesentlichen zwei Momente verantwortlich macht, die chronisch entzündlichen Veränderungen in der Umgebung der früheren Ansatzstellen der Bindegewebsgeschwülste und den endolaryngealen Eingriff. Der letztere brachte nur „sozusagen den Stein ins Rollen", er wirkte als eine Gelegenheitsursache für die Entstehung des Krebses, für den in den entzündlichen Veränderungen der Ansatzstelle des gutartigen Tumors die Disposition gegeben war. Ob diese auch ohne die Operation zur Bildung des Krebses geführt hätte, ist eine Frage, die der Beantwortung nicht zugänglich ist. Jedenfalls aber ist die Operation nicht die alleinige Ursache der Entstehung des Krebses und deshalb will Verf. auch practische Schlüsse, etwa in dem Sinne, dass man doch den endolaryngealen Eingriffen eine gewisse Gefahr vindiciren solle, nicht gezogen wissen.

F. KLEMPERER.

98) **J. Garel** (Lyon). **Laryngocele ventricularis. (Laryngocèle ventriculaire.)** *Société des sciences médicales de Lyon. 20. Januar 1904.*

G. stellt einen Kranken vor, der gleichzeitig einen grossen Larynxpolypen und eine bei phonatorischen Anstrengungen sichtbar werdende Lufthernie des rechten Taschenbandes zeigt. Die schon seit 15 Jahren veränderte Stimme wurde immer mehr verschleiert und seit 10 Jahren besteht völlige Aphonie.

Bei der Laryngoskopie sieht man einen grossen Tumor am freien Rand der rechten Stimmlippe. Wenn der Kranke versucht, einen Ton herauszubringen, so wird dieser Tumor nach oben zwischen die Taschenlippen geschleudert. In demselben Augenblick sieht man einen zweilappigen weissen durchsichtigen Tumor, wie von einer Feder bewegt, hervorspringen, und zwar bildet sich diese An-

schwellung im rechten Taschenband und dem angrenzenden Lig. ary-epiglotticum. Eine ganz kleine Erhebung bildet sich an der entsprechenden Stelle links.

Verf. erklärt das Zustandekommen so, dass der Polyp, wenn er bei der Phonation zwischen die Taschenlippen geschleudert wird, die Exspirationsluft behindert und der thoracische Druck sich dann in den Ventrikeln derart fühlbar macht, dass er die Schleimhaut hernienförmig an ihrer Oberfläche aufbläht. Für die Richtigkeit dieser Erklärung spricht der Umstand, dass mit der Entfernung des Polypen auch die Hernie verschwand.

PAUL RAUGÉ

99) **Chavannaz. Beitrag zum Studium der Prognose von Operationen bei Diabetikern. (Contribution à l'étude du prognostic opératoire chez les Glycosuriques.)** *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. 8. Mai 1903.*

Verf. führt den Fall eines Diabetikers an, bei dem wegen Kehlkopfkrebs die Thyreotomie vorgenommen wurde und der 8 Tage später an Bronchopneumonie starb.

E. J. MOORE.

100) **De Greift. Totale Larynxexstirpation. (Enlèvement total du larynx.)** *Annales et Bulletin de la Soc. de Médecine d'Anvers. Avril-Mai 1903.*

In der Sitzung vom 13. März 1903 der medic. Gesellschaft in Antwerpen stellt D. einen Kranken von 63 Jahren vor, bei welchem er die Totalexstirpation des Larynx vorgenommen hatte. Die Operation wurde von oben nach unten ausgeführt. Der gegenwärtige Allgemeinzustand des Kranken ist befriedigend.

BAYER

101) **Goris** (Brüssel). **Versuch einer Laryngoplastik.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkunde. No. 10. 1903.*

G. versuchte eine Hautautoplastik der durch die Exstirpation des Kehlkopfes geschaffenen Höhle; nach Entfernung des Narbengewebes löste er von dem Sternum von unten nach oben einen Hautlappen ab gleich der Form eines Trapezes, der etwa ein Drittel grösser war als die Fläche der zu überdeckenden Höhle; nach Umschlagung dieses Lappens nach oben wurde der Stiel desselben eingeschnitten, um die während der Narkose angewandte Trachealcanüle in denselben hineinzuschieben; sodann wurden die Ränder des Sternallappens in dem Grunde der wiederhergestellten Operationshöhle durch Nähte befestigt und, nachdem die durch den T-Schnitt gewonnenen Hautlappen über die blutende Fläche des abpräparirten Sternallappens hinübergezogen worden waren, die Ränder des ersteren durch einfache Naht vereinigt; nach 10 Tagen wurde der Stiel durchtrennt und dadurch falsche Stimmbänder gebildet, dass durch einen Schnitt in der Medianlinie der Lungenlappen in zwei Hälften getheilt, dieselben seitwärts gezogen und der untere Rand durch einige Nähte umsäumt wurde unter genauer Beobachtung ihrer Adaptation. Fast unmittelbar nach der Operation konnte der Kranke mit rauher aber sehr verständlicher Stimme sprechen; weitere Mittheilungen behält sich G. vor.

SCHECH.

102) Notiz des Herausgebers. Operative Behandlung von bösartigen Kehlkopfgeschwülsten. (Operative treatment of malignant diseases of the larynx.) *The Therapeutic Gazette. 15. Januar 1904.*

Es wird ein sehr ausführliches Resumé der von Semon geäusserten Grundsätze (British Med. Journal, 31. October 1903) und der Gluck'schen Arbeiten über diesen Gegenstand gegeben.

EMIL MAYER.

103) F. H. Wiggin. Epitheliom des Kehlkopfs; Laryngectomie. (Epithelioma of the larynx; Laryngectomie.) *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1904.*

Der Kehlkopf wurde ohne jede Schwierigkeit entfernt; Pat. starb 48 Stunden später. Es bestand Harnverhaltung. Der entfernte Tumor stellte sich als Epitheliom heraus. Bei der Autopsie wurde die Operationswunde in tadellosem Zustand befunden. Doch ergab sich vorgeschrittene Lungentuberculose, Fettleber und chronische diffuse Nephritis. (War der Fall geeignet zur Operation?! Ref.)

LEFFERTS.

104) Durante. Eine neue Operationsmethode zur Kehlkopfexstirpation. (Di un nuovo metodo operative per l'asportazione del laringe.) *Il Policlinico. Januar 1904.*

Die vom Verf. angewandte Methode hat den Zweck, die Schluckpneumonie nach Larynxexstirpation zu vermeiden, indem der aus Mund, Rachen und Nasenrachen herabfliessende Schleim nicht auf die Wundfläche und auf den Trachealstumpf, der in diesem Fall als Aufsaugerohr wirkt, gelangen. Zu diesem Zweck bildet Verf. einen Hautlappen, der per primam intentionem die pharyngo-oesophageale Oeffnung verschliesst, so dass Schleim und Speichel direct in den Oesophagus hinabrinnen kann und gleichzeitig die grosse Wundoberfläche, die nach der Exstirpation des Larynx zurückbleibt, auf ein Minimum reducirt wird. Der Lappen, der aus der Haut, dem Fettgewebe und der oberflächlichen Fascie besteht, wird gebildet durch eine Incision, die vom rechten Kieferwinkel am vorderen Rande des Sternocleidomastoideus 1 bis 3 cm oberhalb des Manubrium sterni herabsteigt. Dann geht der Schnitt nach links hinüber und steigt auf demselben Wege auf der anderen Seite in die Höhe. Präparirt man nun bis zur Höhe des Zungenbeins den Lappen ab, so ergiebt sich eine weite Oeffnung, von welcher aus der Kehlkopf ohne Gefährdung der grossen Gefässe und Nerven leicht exstirpirt werden kann. Bevor das Ligam. thyreo-hyoideum eröffnet wird, wird die Tracheotomie gemacht und eine Canüle eingelegt. Nach Abtrennung des Larynx und sorgfältiger Blutstillung wird der Lappen nach unten geklappt und von oben nach unten an den Rändern der pharyngo-ösophagealen Schleimhaut angenäht, so dass das Rete Malpighi in mehr oder weniger directem Contact mit dem Wundrande des Pharynx und Oesophagus kommt. Das untere Ende des Lappens, kommt hinter den Trachealstumpf und wird an diesem durch eine Naht befestigt. Die ganze Wundfläche wird so reducirt auf zwei seitliche Spalten, die mit langen Gazestreifen verstopft werden.

Verf. operirte einen bereits von anderer Seite tracheotomirten Patienten mit Kehlkopfkrebs mit ausgezeichnetem Erfolg. Patient konnte bereits am zweiten

Tage Milch und Wasser schlucken. In einem anderen Fall gelang die Operation ebenfalls aufs Beste; in 8 Monaten war jedoch ein Drüsenrecidiv verhanden.

FINDER.

105) **Rosenheim. Trachealgeschwülste. (Tracheal tumors.)** *N. Y. Medical News. 2. April 1904.*

Trachealgeschwülste sind recht selten: unter 3120 Tumoren der oberen Luftwege fanden sich deren 7. Verf. schreibt dies geringe Befallenwerden der Trachea von Geschwülsten auf Rechnung ihrer functionellen Passivität. R.'s Fall betrifft ein 23jährige Frau, die über Athembeschwerden klagte. Neun Monate vor ihrer Aufnahme klagte sie über ein Schwere- und Druckgefühl in den Luftwegen; gleichzeitig stellte sich Husten, Dyspnoe und Auswurf ein. Die Untersuchung von Herz und Lungen gab ein negatives Resultat. Bei der Laryngoskopie zeigte sich der obere Theil des Kehlkopfs normal, unter den Stimmlippen jedoch fand sich ein kleiner rother Tumor, der weder bei der Respiration, noch bei der Phonation sich bewegte. Es wurde nun zunächst die präliminäre Tracheotomie gemacht. Der Tumor sass dem Schildknorpel und den obersten Trachealringen an. Seine Entfernung gelang ohne Schwierigkeit. Die Heilung verlief ohne Zwischenfall. Der Tumor hatte eine Kapsel und enthielt einen schleimig-flüssigen Inhalt. Am Durchschnitt sah man trabeculäre Züge in ihm verlaufen, und in den intratrabeculären Räumen Colloid. Die pathologische Diagnose lautete auf Colloid-Fibroadenom.

LEFFERTS.

106) **Stardem. Bronchialenchondrom. (Enchondrome bronchique.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 15. 1903.*

In der Sitzung der anatomisch-pathologischen Gesellschaft von Brüssel am 27. Februar 1903 zeigt S. einen Tumor der Bronchialwand vom Volumen einer Welschnuss, von gelber Farbe und ziemlich harter Consistenz. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein „Enchondrom".

BAYER.

f. Schilddrüse.

107) **Minnich** (Zürich). **Ueber einige durch Kropf bedingte Formen von Herzerkrankung.** (Vortragsreferat.) *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 23. 1903.*

Referent unterscheidet zwei Formen:

I. die pneumonische Form, welche durch die Kropfstenose bedingt ist und direct bald zur Dilatation, bald zur Hypertrophie drs rechten Ventrikels, secundär auch des linken Ventrikels führt. Diese Form ist meist combinirt mit

II. der thyreopathischen Form, lediglich durch die zahlreichen Modificationen hervorgerufen, welche der Regulationsapparat des Herzens direct durch die veränderte Secretion der erkrankten Schilddrüse (Thyreosis) erleidet und zwei Krankheitsbilder liefert:

a) die thyreopathische Hypertrophie des Herzens sc. das hypertrophische Kropfherz;

b) die thyreopathische Tachycardie sc. Herzthyreosis, Basedow fruste.

Eine Monographie soll nächstens erscheinen mit dem Titel „Das Kropfherz und die Beziehungen der Schilddrüsenerkrankungen zum Kreislaufapparat".

JONQUIÈRE.

108) **Bastin. Schilddrüsenepilepsie. (Epilepsie thyroïdienne.)** *La Belgique Méd. No. 37. 1903.*

Auf dem XIII. Psychiater- und Neurologencongress in französischer Sprache in Brüssel vom 1.—8. August 1903 macht B. die Mittheilung, dass viele Sorten von Entartungen, welche man verschiedenartig qualificirt, auf Störungen einer mangelhaften Function der Schilddrüse zurückzuführen seien. B. hat mehrere Fälle von Epilepsie mit mehr oder minder ausgeprägter Struma beobachtet; bei allen diesen Kranken rief die Darreichung von 50 centig. bis 1 g Jodothyrin eine bedeutende Besserung ihres Zustandes herbei und bei einigen sogar vollständige Beseitigung der Anfälle bis zum heutigen Tag.

BAYER.

109) **Magnus-Levy** (Berlin). **Ueber Organtherapie beim endemischen Kretinismus.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 32. 1903.*

Verf. beobachtete 14 Cretins (13 mit verkleinerter Schilddrüse, 1 mit Kropf) vertheilt auf 7 Familien. Nach Behandlung mit Schilddrüsentabletten bei 7 Fällen schnelles Längenwachsthum, Verschwinden der Hautschwellungen, Steigerung der Intelligenz. Schlussfolgerung: auch beim endemischen Cretinismus steht die mehr oder weniger gestörte Function der Schilddrüse als Ursache im Vordergrund. In der Discussion in der Berliner medic. Gesellschaft möchte Ewald die Fälle in die Gruppe des sporadischen Cretinismus einreihen.

ALBANUS (ZARNIKO).

110) **M. A. Bliss. Morbus Basedow. (Exophthalmic goitre.)** *Medical Fortnightly. 25. September 1903.*

Innerliche Anwendung von Adrenalin abwechselnd mit Strophantus hat dem Verf. gute Resultate gegeben.

EMIL MAYER.

111) **Joseph E. Willets. Die Differentialdiagnose des Exophthalmus. (The differential diagnosis of exophthalmos.)** *N. Y. Medical Record. 17. October 1903.*

Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen dem mit Symptomen des Morbus Basedowii auftretenden Exophthalmus und dem durch Meningocele bedingten.

LEFFERTS.

112) **Charles W. Mc. Intyre. Behandlung des Morbus Basedow. (The treatment of exophthalmic goitre.)** *Medical Bulletin. November 1903.*

Zur Herabmilderung der Symptome empfehlen sich vor allem die Medicamente, die eine Regelung der Herzaction im Gefolge haben: zur Beseitigung der Struma sind Jodpräparate anzuwenden.

EMIL MAYER.

113) **Arnold Schwyzer. Morbus Basedow; Bericht über fünf operirte Fälle. (Graves disease with report of five operated cases.)** *St. Paul Medical Journal. Januar 1904.*

In vier Fällen lagen sehr schwere Symptome vor, in dem fünften handelte

es sich um eine leichtere Erkrankung. In einem Fall erfolgte nach Monaten aus unbekannter Ursache der Tod. In dem andern trat anhaltende erhebliche Besserung ein.

EMIL MAYER.

114) **Francis B. Bishop. Morbus Basedow und seine rationelle Behandlung. (Exopthalmic goitre and its rational treatment.)** *Journal of Advanced Therapeutics. Februar 1904.*

Es soll keine Operation vorgenommen werden, bevor alle andern Mittel erschöpft sind, als da sind: Absolute Ruhe, Regelung der Ernährung u. s. w. Muss operirt werden, so sollen die Patienten nicht anästhesirt werden.

Verf. befolgt eine Behandlungsmethode, die den Zweck hat, die Herzaction langsamer und ruhiger zu gestalten, den ganzen Ernährungstract zu grösserer Thätigkeit anzuregen, die Secretion der Speicheldrüsen, der Leber, Milz und Nieren zu stimuliren. Man weiss aus Erfahrung und Experimenten, dass die Reizung des Vagus sehr leicht vom Nacken aus zwischen Fossa subauricularis und Clavicula bewerkstelligt werden kann und dass dazu ein geringerer und kürzerer Reiz nöthig ist als für den Sympathicus. B. zieht den constanten Strom vor und elektrisirt auf beiden Seiten gleichzeitig. Eine grosse Schwammelektrode, die an dem positiven Pol befestigt ist, wird hoch oben hinten am Nacken applicirt. An dem negativen Pol wird eine sich gabelnde Leitungsschnur befestigt und mittelst dieser werden zwei kleine Schwammelektroden jederseits auf den Vagus unten am Hals applicirt. Ein schwacher Strom wird so 10—15 Minuten lang angewandt bis sich eine beruhigende Wirkung constatiren lässt. Diese Behandlung, einen Tag um den andern angewandt, hat sich dem Verf. als erfolgreich erwiesen.

EMIL MAYER.

115) **M. Ballin. Chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. (Surgical treatment of ophthalmic goitre.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1904.*

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Morbus Basedow wird in einer grossen Zahl von Fällen erfolgreich operirt (ca. 75 pCt.).

2. Der Procentsatz der Todesfälle ist ziemlich hoch, wird jedoch von geübten Chirurgen erheblich reducirt (6,3 pCt. Kocher), ebenso, wenn so früh wie möglich operirt wird (2,4 pCt. Rehn).

3. Die Hauptgefahren sind Tod, verursacht durch das Anaestheticum, Blutung, Kachexia strumipriva.

4. Bis genauere und hinreichende Statistiken vorliegen, ist die Frage, ob die Thyrectomie oder Sympathectomie vorzuziehen ist, nicht zu entscheiden.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

116) **Charles N. Dowd. Oesophagusfistel. (Fistula of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1904.*

Patient war ein 19jähriger junger Mann. Vor 11 Monaten bemerkte er eine Anschwellung an der rechten Brustseite mit Schmerzen. Es wurde eine Incision

gemacht, nach welcher sich grosse Mengen Eiters entleerten. Da Tuberculose vermutet wurde, so wurde die Abscesshöhle erweitert und curettirt. Nach 4 Wochen wurde Patient entlassen. Ein halbes Jahr später wurde er wegen Tuberculose des Manubrium sterni wieder operirt, wobei Theile der ersten, zweiten und dritten Rippe resecirt wurden. Nach drei Tagen bemerkte man, dass ein Theil der genossenen Flüssigkeit in der Mundhöhle erschien. Man schritt zur Rectalernährung; die Wunde heilte zu und Pat. konnte entlassen werden. Ueber die Entstehung der Oesophagusfistel in diesem Fall lässt sich Bestimmtes nicht aussagen.

LEFFERTS.

117) **Braun** (Göttingen). **Resection einer durch Verätzung mit Schwefelsäure entstandenen narbigen Strictur des Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. Vereinsbeilage. 1903.*

Vorstellung eines Falles. Die Heilung war complicirt durch eine hartnäckige Lähmung der Musculi crico-arytaenoidei postici, wahrscheinlich durch Druck der Dauersonde auf diese Muskeln bedingt.

ALBANUS (ZARNIKO).

118) **Albert Edward Halstead. Speiseröhrendivertikel. (Diverticula of the oesophagus.)** *Annals of Surgery. Februar 1904.*

Die Bezeichnung „Divertikel“ trifft nur auf eine circumscripte beutelförmige Ausstülpung oder Vorwölbung zu, die einen begrenzten Theil der Oesophaguswand betrifft, sie findet keine Anwendung auf die sackförmige Dilatation des Rohrs, die oberhalb von Stricturen oder als Folge einer Paralyse der Muskulatur vorkommen. Die Pulsionsdivertikel werden eingetheilt in solche des eigentlichen Pharynx, die an der Grenze von Pharynx und Oesophagus sitzenden (Grenzdivertikel Rosenthal), diejenigen, die im mittleren Drittel des Oesophagus, meist gerade über dem linken Bronchus entspringen (Epibronchialdivertikel Leutgert) und schliesslich die tiefsitzenden, epiphrenalen. Die pharyngo-oesophagealen Pulsionsdivertivel sind die häufigsten und vom klinischen, wie pathologisch-anatomischen Standpunkte aus wichtigsten. Verf. citirt einen solchen bei einem 76jährigen Mann, den er nach der Girard'schen Methode mit Erfolg operirt hat.

EMIL MAYER.

119) **Samuel J. Mixter. Ein kurzer Ueberblick über die Speiseröhrenchirurgie. (A brief summary of the surgery of the oesophagus.)** *Boston Medical and Surgical Journal. 27. August 1903.*

Verf. lässt die verschiedenen Affectionen, die zu chirurgischen Eingriffen an der Speiseröhre Gelegenheit geben, Revue passiren. Unter ihnen sind seiner Ansicht nach die angeborenen Missbildungen häufiger, als man gewöhnlich annimmt, besonders angeborene Divertikelbildung. Was die malignen Erkrankungen anbetrifft, so kann bei aller Trostlosigkeit der Prognose doch viel zur Milderung der Beschwerden gethan werden. Excision soll nur gemacht werden, wenn die Geschwulst sehr hoch oben sitzt und es möglich ist, das untere Ende des Oesophagus in den unteren Wundwinkel zu bringen. In der Regel muss man sich mit der Milderung der Dysphagie begnügen. In vielen Fällen giebt die Dilatation der Strictur befriedigende Resultate, für undurchgängige oder sehr reizbare Stricturen

kommt Gastrotomie oder Oesophagotomie in Frage. M. zieht bei hochsitzenden Tumoren die erstere vor. Syphilitische Tumoren erfordern Dilatation und specifische Behandlung. M. hält die Abbe'sche Methode für den grössten Fortschritt in der Speiseröhrenchirurgie der letzten Jahre. EMIL MAYER.

II. Gesellschaftsberichte.

a) Sitzungs-Berichte der Gesellschaft ungarischer Kehlkopf- und Ohrenärzte.

Sitzung vom 30. April 1903.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

Tóvölgyi: Mittelst Elektrolyse geheilter Fall eines tuberculösen Tumors im Kehlkopfe.

Handwerker, 30 Jahre alt, hustet seit einem Jahre. In der Arytenoidalgegend eine erbsengrosse, ulceröse Geschwulst. Inspirium laut, gedehnt. Sputum reich an Koch'schen Bacillen. Milchsäurebehandlung ohne Erfolg. Elektrolyse in grösseren Zwischenräumen viermal. Gegenwärtig besteht bloss an der Innenseite des rechten Aryknorpels eine linsengrosse Granulation, welche mit der Curette entfernt wird.

E. v. Navratil: Synechie in der Nasenhöhle, Rhinofissur, Transplantation nach Thiersch; Heilung.

15jähriges Mädchen. Die linke Nasenhälfte total verwachsen, rechte für die dünnste Sonde kaum durchgängig; Folgen von hereditärer Lues. Operation in Chloroformnarkose. Nach Spaltung des Nasenflügels am Nasenrücken in der Länge von 4 cm Blutstillung. Entfernung der Narben in einer Fäche von 12 qmm. Der entsprechend grosse Lappen wird vom Oberschenkel genommen und sorgfältigst auf die wunden Stellen transplantirt. Adaptirung der Wundränder, ohne Tamponade, Deckverband. Nach 48 Stunden Verbandwechsel, Lappen haftend, nach 7 Tagen Nasenlumen gehörig weit, auch später zeigte dasselbe keine Veränderung.

A. Lipscher: Linsengrosses Carcinom des Rachens.

Patient, 54 Jahre alt, seit einem Jahre halsleidend. Am linken Gaumenbogen linsengrosse harte Einkerbung. Mikroskopischer Befund Plattenepithelcarcinom. In diesem Anfangsstadium sind maligne Tumoren selten zu sehen und das operative Verfahren von dauerndem Erfolge begleitet.

Sitzung vom 14. Mai 1903.

Donogány und v. Lénárt: Primäres Carcinom der Nasenhöhle vom klinisch-anatomisch und therapeutischen Standpunkt.

Vortragende haben auf der rhinolaryngologischen Abtheilung des Herrn Prof. v. Navratil insgesammt 7 Carcinome der Nasenhöhle beobachtet. Die ätiolo-

gisch verwerthbaren Momente, wie Katarrhe, Nebenhöhlenerkrankungen, Einwirkung schädlicher Gase, Trauma, sind mit der Aetiologie anderweitiger Nasenerkrankungen identisch. In einem Falle bezeugte die mikroskopische Untersuchung, dass das an mehreren Stellen entspringende Carcinom aus der den Polypen deckenden Basalzellenschichte ausging und denselben carcinomatös infiltrirte. Bezüglich des Ausgangspunktes wurde erwiesen, dass das Carcinom in 4 Fällen von der mittleren und in 3 Fällen von der unteren Muschel entsprang. Die späteren Symptome entsprachen der durch Weiterverbreitung auftretenden Folgeerscheinungen, Difformität des Nasenskeletts, Schmerzen im Rachen und in den Ohren, Ausfüllung der Orbita und Gehirncomplicationen. Das primäre Carcinom der Nasenhöhle bildete in allen 7 Fällen keine Metastasen. Zu Beginn der Erkrankung und bei Circumscriptsein der Geschwulst empfehlen Vortragende den radicalen Eingriff, in den späteren Stadien, zur Milderung der quälenden Symptome endonasale Eingriffe.

Von den 7 Fällen wurden 4 mittelst Bruns'scher osteoplastischer Methode operirt, Recidive in einem Falle nach einem Jahr, in den übrigen nach 5 bis 6 Monaten. Von diesen 4 Fällen wurde in 3 Fällen nach aufgetretenem Recidiv eine nochmalige exorhinale Operation ausgeführt; auch nach diesem zweiten Eingriffe entstand in kurzer Zeit (von 3—4 Monaten) Recidive; 2 Fälle wurden noch mehrmaligen endorhinalen Operationen unterworfen. Im 4. Falle wurde nunmehr endorhinal vorgegangen. In den übrigen 3 Fällen wurde nur eine Probeexcision vorgenommen, da die Kranken in die radicale Operation nicht einwilligten. Bei den nach Bruns'scher Methode Operirten trat das Recidiv später, bei den endorhinalen in kürzerer Zeit auf. Aber auch diese Eingriffe bewirkten stets, wenn auch kurze Zeit, Erleichterung.

Discussion:

v. Navratil verfügt noch über zwei Fälle, welche er in seiner Privatpraxis bei zwei Frauen beobachtete. Die histologische Untersuchung fehlt zwar, da die Kranken jeden Eingriff verweigerten, doch machten die klinischen Symptome, Verlauf und letaler Ausgang die Diagnose Carcinom unbestreitbar. Beide Frauen waren in den 40er Jahren, bei beiden bildete sich das Carcinom aus der rechten mittleren Muschel heraus, in einem Falle mit einer mächtigen Metastase an der entsprechenden Hälfte des Halses und des Nackens.

Sitzung vom 1. October 1903.
Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

E. v. Navratil: Narbige Larynxstenose; Laryngofissur; Transplantirung eines Thiersch'schen Lappen in den Larynx; Heilung.

21jähriger Handlanger, erkrankte vor 3 Jahren angeblich an Lungenentzündung. Kaum Reconvalescent bekam er eine Halsentzündung, zu welcher sich alsbald eine sich steigernde Athemnoth gesellte. Schleunige Laryngotomie. Besserung. Trotz monatelanger Behandlung konnte die Canüle nicht entfernt werden. Zu deren Behufe Aufnahme am 4. Mai l. J. Die Canüle sitzt zwischen Schild-

und Ringknorpel, beide Arygelenke, besonders das rechte fixirt; der Einblick in den Larynx unmöglich; die falschen Stimmbänder sind mässig geschwellt; vorausgegangene oder bestehende constitutionelle Erkrankung nicht nachweisbar. Die eingeführte Kehlkopfsonde stösst auf ein Hinderniss, die versuchte O'Dwyersche Intubation führte zu keinem Resultate. Am 3. Juli l. J. tiefe Tracheotomie mit darauffolgender Laryngofissur, wobei es sich herausstellte, dass die Stenose, besonders rechterseits, durch ein Narbengewebe bedingt sei. Dasselbe wurde entfernt und aus dem rechten Arm ein Thiersch'scher Lappen bereitet, welcher in den Kehlkopf transplantirt wurde. Das Kehlkopfinnere wurde sodann, um die Lappen mittelst Compression zu fixiren, mit Gaze ausgefüllt. Deckverband. Den 5. Tag Verbandwechsel, der Lappen haftet. Bei offener Wundbehandlung schliesst sich der Kehlkopf nach 4 Wochen. Heute ist das linke Arygelenk frei, das rechte etwas träge, beide Stimmbänder sind intact, gut sichtbar, Stimmritze weit, im unteren Theile der weisse Hautlappen bemerkbar. Stimme klar. Die Canüle ist mehrere Tage, Tag und Nacht zugestopft, Athem vollkommen frei. In einigen Tagen verlässt Patient das Spital.

Sitzung vom 29. October 1903.

Vorsitzender: E. v. Navratil.
Schriftführer: Zwillinger.

1. Polyák: Fremdkörper in der rechten Kieferhöhle.

49 Jahre alte Frau, seit 2 Jahren Eiterung beider Stirn- und Kieferhöhlen, sowie der vorderen und hinteren Siebbeinzellen. Durch intranasale Eingriffe bedeutende Abnahme der Eiterung der linken Stirnhöhle, sowie auch sämmtlicher Siebbeinzellen; die rechte Stirnhöhle beabsichtigt Vortr. nächstens nach Killian zu operiren. Ein in die rechte Kieferhöhle eingelegter Drainstift verschob sich in die Kieferhöhle, von wo Vortr. denselben mittelst Einbohrung des spitzen Hajek-schen Hakens entfernen konnte.

2. Polyák: Angiosarkom des Naseneinganges.

20 Jahre alte Patientin, im linken Naseneingange ein bohnengrosser, gestielter, leicht blutender Polyp. Entfernung mit der Schlinge und Aetzung mit Trichloressigsäure. Mikroskopische Untersuchung lautet auf Angiosarkom. Nach 4 Wochen Recidive.

3. Polyák: Nasenpolyp.

18 Jahre alte Patientin hatte vor 6 Jahren einen myxomatösen Nasenpolyp, welcher mittelst temporärer Resection nach Bruns entfernt wurde. Recidive. Die rechte Nase der Patientin ist mit Schleimpolypen ausgefüllt, links die Schleimhaut der mittleren Muschel diffus polypös degenerirt. Siebbeinzellen lateralwärts gedrückt und wölben sich in dem rechten inneren Augenwinkel auffallend empor. Entfernung intranasal.

4. Polyák: Fall von Trachealstenose unbekannten Ursprungs.

11 Jahre alter Knabe, hereditäre Tuberculose, Lues, Sclerom nicht nachweisbar. Patient erkältete sich vor 3 Jahren, hatte Fieber, Husten und leidet seitdem an

zunehmenden Athembeschwerden. Kehlkopf intact, in der Luftröhre an der vorderen Wand, ungefähr in der Höhe des 4.—6. Ringes eine sichelförmige, blasse, narbige circuläre, das Lumen der Luftröhre mässig verengende mit eitrig-schleimigem Secrete bedeckte Erhabenheit sichtbar. Es erscheint die Folge eines vor 3 Jahren stattgefundenen mit Geschwürsbildung verbundenen Processes zu sein. V. plant die Luftröhre zu spalten, die Narben zu entfernen und den Defect mit Thiersch'schen Lappen zu decken.

5. Polyák stellt einen Kranken mit multipler Nebenhöhleneiterung, Knochenblasenbildung und beiderseitiger Sehnervenatrophie vor, bösartiges Neoplasma vortäuschend.

6. Baumgarten: Verwachsung der falschen Stimmbänder im vorderen Winkel.

Der Kranke ist seit Kindheit heiser und konnte nie gut athmen; der vordere Winkel zwischen den falschen Stimmbändern durch eine Schleimhautbrücke ausgefüllt, woselbst links das vordere Drittel, rechts das vordere Viertel der Stimmbänder, ziemlich dick am inneren freien Rande beweglich.

7. Baumgarten: Ein Fall von Empyem der Kieferhöhle, Siebbeinzellen und Stirnhöhle.

Wegen Empyem der Kieferhöhle und der Siebbeinzellen Eröffnung der Siebbeinzellen, haselnussgrosser Eiterherd, selbiger führte in die Fossa canina; Granulationen wurden ausgekratzt, die Höhle mit Jodoformgazestreifen tamponirt und durch den mittleren Nasengang ausgeführt, die Wunde in der Fossa canina zugenäht. Da die Jodoformgazestreifen aus dem Nasengange nicht herausgezogen werden konnten, öffnete V. abermals die verklebte Wunde. Später zeigte sich bei dem mit Mehlstaub arbeitenden Bäcker in den Siebbeinzellen wieder Eiter, bald Schmerzen in der Stirnhöhle. Nach Entfernung der erkrankten Zellen gelangte Vortr. in die Stirnhöhle, von wo er nun die Ausspülungen vornimmt.

8. Onodi: Chronischer Pemphigus der oberen Luftwege. 53 Jahre alter Mann hatte im Jahre 1901 Blasen im Rachen, dann weisse Flecke nebst Schlingbeschwerden und Heiserkeit. Im Sommer und Winter 1902, im Sommer 1903 Recidive. Am rechten Auge entstanden vor einem Jahre, am linken vor drei Monaten weisse Flecken. Vor 10 Tagen war der Rachen eine zusammenfliessende Haut, an der hinteren Wand des Nasenrachens, am Rande der Epiglottis und deren hinteren Fläche, an den falschen Stimmbändern und an der rechten mittleren Muschel und Scheidewand häutige Flecke zu sehen.

Die Conjunctiva der Augenlider zum Theil durch weisse Narben geschrumpft. Am oberen Augenlide partielle, am unteren totale Symblepharose.

v. Navratil.

b) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

24. Sitzung. 25. Februar 1903.

Vorsitzender: E. Schmiegelow.

Schriftführer: Jörgen Möller.

I. E. Schmiegelow: Demonstration mikroskopischer Präparate eines von dem Stimmbande ausgehenden cystischen Fibroms.

II. E. Schmiegelow: Einige seltenere klinische Beobachtungen, die Nebenhöhlen der Nase betreffend (peribulbäre, orbitale Phlegmonen).

1. Ein junger Mann, 15 Jahre, bekam Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, Druckempfindlichkeit an der vorderen Kieferhöhlenwand und an dem Bulbus oculi, später Exophthalmus und Entleerung von Eiter aus der Nase. In der chirurgischen Abtheilung des St. Joseph Spitals wurde die Orbita eröffnet, kein Eiter, dann die Kieferhöhle, in der sich ein Empyem vorfand. Später noch Incision der inneren Orbitalwand entlang mit Eröffnung eines subperiostalen Abscesses und eines Empyems des Sinus frontalis und der vorderen Siebbeinzellen. Exophthalmus bestand jedoch fortwährend und als der Patient später in die oto-laryngologische Abtheilung aufgenommen wurde, zeigte sich das ganze Os ethmoideum nekrotisch; es wurde die Kieferhöhle breit geöffnet und alles Nekrotische entfernt, wonach Heilung, doch mit Bestehen einer Parese des M. rectus internus. 2. Ein 10jähriger Knabe bekam eine acute Stirnhöhleneiterung und beträchtlichen Exophthalmus. Ein subperiostaler Abscess wurde geöffnet und der Sinus frontalis aufgemeisselt, doch bestand kein eigentlicher Sinus, sondern ein mit Eiter durchtränktes spongiöses Gewebe. Später noch ein infrabulbärer Abscess, welcher durch eine Incision in der Conjunctiva geöffnet wurde. Heilung. 3. Ein 18jähriges Mädchen bekam eine acute Sinuitis frontalis und maxillaris, von Exophthalmus und Chemosis begleitet. Im mittleren Nasengang ein abfliessender Eiterstrom. Durch Ausspülungen und warme Umschläge wurden die Symptome zum Schwinden gebracht. — Bisweilen ist der acut auftretende Exophthalmus das einzige Symptom eines Nebenhöhlenleidens.

Discussion:

Bühl erwähnte einen Fall von acutem Empyem der linken Kieferhöhle bei einem 30jährigen Manne; reichliche Eiterentleerung. Nach einer Woche hatte die Eiterentleerung aufgehört und alle subjectiven Symptome verschwanden. Ferner erwähnte B. einen Fall von chronischem Empyem der rechten Kieferhöhle und vielleicht auch der Stirnhöhle, wo sich die Symptome nach Abtragung des vorderen Endes der mittleren Muschel verloren.

v. Vald. Klein hatte einen 28jährigen Mann untersucht, welcher an recidivirendem Exophthalmus und Iridocyclitis litt; der Augenarzt vermuthete ein Nebenhöhlenleiden, bei der Untersuchung fanden sich jedoch keine Zeichen eines solchen; vielleicht könne es aber ein latentes Keilbeinhöhlenempym sein.

Schmiegelow bemerkte, dass ein ausgesprochenes eitriges Nebenhöhlenleiden bestehen kann, ohne dass man Eiterentleerung durch die Nase nachweisen kann. So hatte er in einem Falle ein Kieferhöhlenempyem geöffnet, wo nur Kopf-

schmerzen, matte Percussion und Dunkelsein des Oberkiefers bestanden. In einem anderen Falle öffnete S. eine mit Eiter und Granulation gefüllte Stirnhöhle, welches Leiden durch 20 Jahre entsetzliche Kopfschmerzen bewirkt, sonst aber keine Symptome gegeben hatte. Ferner macht S. darauf aufmerksam, dass oftmals ein Leiden mehrerer Höhlen besteht, sodass man sich nicht immer mit der Eröffnung einer derselben begnügen darf.

Jörgen Möller hatte jüngst einen Fall beobachtet, wo eine Ethmoiditis mit Polypenbildung Schmerzen im Auge und Thränenflut bewirkt hatte. Die Symptome hörten nach radicaler Ausräumung vollständig auf.

Ausserdem Mittheilungen otologischer Natur.

25. Sitzung vom 25 März 1903.
Vorsitzender: E. Schmiegelow.
Schriftführer: Jörgen Möller.

I. Gottlieb Kiaer: Tumor laryngis bei einem 67jährigen Mann. Ein breitbasiger Tumor an dem linken Taschenbande, von der Grösse einer durchgeschnittenen Wallnuss, ähnelte einem Conglomerate von Cysten. Die betreffende Kehlkopfhälfte war fast unbeweglich. Ein Stückchen wurde exstirpirt; Mikroskopie (Dr. Claudius): gefässreiches Rundzellen-Sarkom.

II. Gottlieb Kiaer: Empyema antri Highmori.

Der Fall zeichnete sich dadurch aus, dass anfangs bei der Rhinoskopie gar kein Eiter entdeckt werden konnte; erst nach Vornüberbiegen des Kopfes kam Eiter zum Vorschein, aber im unteren Nasengang; bei genauerem Nachsehen sah man ganz hinten einen Eiterstrom über die Convexität der unteren Muschel hinabgleiten, wahrscheinlich aus dem Ostium maxillare accessorium kommend.

III. Hans B. Christiansen: Ueber den Schleimhautlupus in den Luftwegen und seine Behandlung auf dem Finsen-Institut.

Schleimhautlupus findet sich in fast $^3/_4$ der Fälle und es besteht deshalb seit 1898 ein Ambulatorium für diese Leiden, wo täglich 120—150 Patienten behandelt werden. Schleimhautlupus allein besteht in etwa 1 pCt. der Fälle; vieles deutet aber darauf, dass in sehr vielen Fällen das Schleimhautleiden das primäre ist; die Patienten kommen aber erst zur Behandlung, wenn ein Hautleiden vorliegt. Bei der Behandlung sucht man den infectiösen Herd zu zerstören, während man gleichzeitig die umgebende Schleimhaut zu schützen strebt. Deshalb werden weder Desinficientia mit starker Aetzwirkung, noch Auskratzungen oder Skarifikationen angewandt, aus Furcht die dabei eröffneten Lymphbahnen zu inficiren; auch Nasenspülungen werden vermieden. Zu Hause verwenden die Patienten Tampons mit Sublimatlösung 1 pM. Man muss dafür sorgen, dass die Nasenathmung immer genügend frei ist, und daher oftmals inmitten der Tampons Röhrchen einlegen; es werden hier spiralförmg gedrehte schmale Aluminiumstreifen verwandt; sie sind hinlänglich resistent und gleiten nicht heraus. Als Controllaparat wird ein besonderes Manometer verwandt; für gewöhnlich beträgt der Ausschlag der Wassersäule bei ruhigem Athmen 1—2 cm und darf nicht unter $^1/_2$ cm sinken.

Lichtbehandlung wird auch in den Schleimhäuten in möglichst grosser Ausdehnung benutzt, nur müssen die Pausen zwischen den einzelnen Sitzungen etwas länger sein, als bei der Hautbehandlung. An Stellen, die der Lichtbehandlung nicht zugänglich sind, werden theils Kauterisationen, theils Jodpinselungen (Jod 1, Jodkali 2, Wasser 2) verwendet, alles nach vorausgehender Anästhesirung. Bei Kehlkopflupus wird in den frischen katarrhalischen Stadien Menthol angewandt, übrigens keine Lokalbehandlung.

Chloräthyl-Verfrierung ist auch versucht worden, giebt aber leicht ödematöse Schwellungen mit nachfolgender Granulationsbildung und bedeutetende Zerstörung.

Demonstration von Patienten.

Discussion:

Schmiegelow meint, dass Schleimhautlupus, namentlich in der Nasenhöhle, oft durch eine locale Infection, durch Nagelkratzen herbeigeführt wird. Er hat wiederholt Fälle von Lupus in der Nasenhöhle galvanokaustisch behandelt, die Behandlung muss aber sehr lange fortgesetzt und die Fälle auch später fortwährend controllirt werden. S. räth dazu, auch bei Kehlkopflupus Galvanokaustik zu verwenden.

Reyn berichtet über 2 Fälle von Hautlupus, wo eine directe Infection durch Kratzwunden angenommen werden musste.

Christiansen meint, dass man vielleicht durch eine mehr radicale Behandlung des Kehlkopflupus etwas erreichen könnte, nicht aber durch die gewöhnliche endolaryngeale Behandlung.

IV. Jörgen Möller: Ueber die Anwendung des Adrenalins bei Operationen in der Nasenhöhle.

M. hat bei einer Reihe von Operationen grossen Nutzen von der Anwendung des Adrenalins gehabt und hat keine bedeutendere Nachblutungen gesehen. Die Fälle werden später veröffentlicht.

Discussion.

Vald. Klein hat bei einem sehr ernsten Fall von profusem Nasenbluten durch einen Tampon mit Adrenalin 1 : 5000 die Blutung zum Stehen gebracht.

V. Jörgen Möller zeigte ein hakenförmiges Instrument vor, das Dr. Hoff für die Entfernung von Fremdkörpern aus der Nasenhöhle construirt hat.

Ausserdem Mittheilungen otologischer Art.

---

c) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Mai 1903.

Vorsitzender: Doz. Dr. Roth.

Schriftführer: Dr. Menzel.

1. Fein stellt den in der letzten Sitzung demonstrirten Fall von Keratosis circumscripta laryngis post operationem vor und theilt mit, dass durch die histologische Untersuchung die exstirpirte Stimmbandauflagerung als eine dichte verhornte Epithelschicht sich erwies. Vorstellung eines zweiten solchen Falles.

Discussion: Chiari findet die Verdickung des von der Keratosis nicht betroffenen Stimmbandes auffällig. Menzel macht auf die Leukoplakie der Schleimhaut des einen vorgestellten Patienten aufmerksam und sieht in der Stimmbandaffection nur ein Symptom der Leukoplakie. Fein hält die Verdickung des rechten Stimmbandes für eine Folge der mechanischen Reizung durch den harten Körper des linken Stimmbandes und erwidert Menzel, dass es sich wohl um eine Disposition für Epithelverhornung handeln könne, die Leukoplakie und der vorgeführte Process sich jedoch unterscheiden.

2. Hanszel führt eine Patientin aus der Klinik mit einem gummösen Infiltrat des weichen Gaumens vor, das ein auffallend blasses, perlucides Aussehen darbietet. Blutuntersuchung ergab normalen Befund.

3. Heindl demonstrirt eine Patientin mit Rhinosklerose in typischer Form. Die Patientin stammt aus Ungarn.

4. Glas, a. G. stellt zwei Fälle von Tonsillarsklerom aus der Klinik O. Chiari's vor.

Im ersten Falle fand die Infection der 52jährigen Patientin durch Aufpäppeln des syphilitischen Enkelkindes statt und betraf die rechte, im zweiten Falle Aufpäppeln die linke Tonsille. G. bespricht sodann die Infectionsmöglichkeiten und die differentialdiagnostischen Momente.

An der Discussion betheiligten sich: Heindl, welcher meint, dass der Primäraffect der Tonsillen nicht so selten sei als bisher angenommen wurde, und zur Diagnose spricht; Réthi erörtert den Infectionsmodus.

Sitzung vom 10. Juni 1903.

O. Chiari demonstrirt einen Patienten, bei welchem er nach vorheriger Tracheotomie einen pastösen, glatten, gelblichen, die Glottis verlegenden Tumor mittelst galvanokaustischer Schlinge und einer von ihm construirten conchotomartigen Zange entferne. Die histologische Untersuchung ergab grosse Rundzellen, welche grosse Mengen hyaliner Kugeln enthielten. Eine genaue Classificirung des Tumors konnte bis jetzt nicht erfolgen.

Réthi erinnert diesbezüglich an ein ödematöses Fibrom der Interarytaenoidfalte von ähnlicher Grösse, das er vor etwa 10 Jahren entfernte.

Hanszel stellt ein 18jähriges Mädchen vor mit einer eigenthümlichen Angina der Zungentonsille, welche er auf Grund der negativen bakteriologischen Untersuchungen und der ausgebliebenen Reaction auf Seruminjectionen in die Gruppe der Angina diphtheroidea, membranacea, ulcero-membranacea „Vincenti“ etc. einreiht. Für Lues kein Anhaltspunkt.

Réthi schliesst sich der Anschauung an, indem er die Erkrankung für eine im Abheilen begriffene Entzündung der Zungentonsille hält.

Wilheim a. G. tritt für die von Weil besonders gepflegte Selbstausspülung der erkrankten Nebenhöhlen von den natürlichen Ostien ein und demonstrirt eine Reihe von Patienten, welche die Einführung markirter Röhrchen in die Ostien aller Nebenhöhlen selbst erlernt haben und anwenden. Anschliessend wird aus-

geführt, dass die Durchleuchtung nach Vohsen in drei Viertel der Fälle positiv war.

Roth und Heindl haben die Mängel und Schwierigkeiten dieser Methode in vielen Fällen hervor.

Hanszel und Réthi betonen die im Allgemeinen unverlässlichen Resultate der Vohsen'schen Durchleuchtung.

Weil erinnert daran, dass das von den Patienten geübte Selbstausspülen der Kieferhöhle von ihm im Jahre 1895 inaugurirt wurde. Chiari-Hanszel.

---

d) British Medical Association.

Section für Laryngologie und Otologie. Swansea 1903.

Vorsitzender: Patrick Watson Williams (Bristol).

Der Vorsitzende eröffnet die Versammlung mit einleitenden Bemerkungen über die Stellung der Laryngologie und Otologie im medicinischen Studiengang. Nachdem er die von auswärts erschienenen Collegen, die der Einladung des Congresses gefolgt sind, um durch Mittheilung ihrer reichen Erfahrungen die Discussionen zu bereichern, auf das herzlichste begrüsst hat, lenkt er die Aufmerksamkeit auf das Bedürfniss einer systematischeren Unterweisung der Medicinstudirenden in der klinischen Untersuchung von Nase, Hals und Ohr. Er bezeichnet als Erforderniss, dass jeder Praktiker mit den gewöhnlichen Erkrankungen dieser Organgruppe vertraut sei und ihre pathologischen Zustände bei der allgemeinen medicinischen Diagnose berücksichtigen könne. Er betont den Werth des Laryngoskops für die allgemeine Diagnose und führt als Beispiele für dessen unschätzbaren Nutzen die Frühdiagnose von Erkrankungen des Centralnervensystems, wie Tabes und Bulbärparalyse, und von intrathoracischen Tumoren und Aneurysmen an. Jeder Arzt sollte die klinische Bedeutung kennen, die eventuell eine einfache Heiserkeit haben kann, Jeder sollte im Stande sein, die ersten Anzeichen einer Tuberculose oder eines Carcinoms im Kehlkopf zu erkennen, Erkrankungen, bei denen oft die Aussicht auf Heilung von der frühzeitigen Diagnose abhängt. Die praktische Ausbildung der Medicinstudirenden in Laryngologie und Otologie sei mangelhaft, und diesem Mangel sei abzuhelfen. Auf eine spätere Ausbildung in diesen Fächern nach bestandenem Examen könne man, so werthvoll sie sei, nicht ausschliesslich rechnen, da nicht alle Aerzte im Stande seien, sich eine solche zu verschaffen.

Discussion über die operative Behandlung bösartiger Kehlkopfkrankheiten.

I. Sir Felix Semon eröffnet die Discussion. Er erinnert daran, dass, bevor im Jahre 1870 Czerny die Möglichkeit einer Larynxexstirpation ohne Gefährdung des Lebens nachwies, sich die Behandlung jener Erkrankungen auf die palliative Tracheotomie beschränkte. Gestützt auf jene Versuche hat dann Billroth und nach ihm andere Chirurgen beim Menschen den ganzen Kehlkopf oder grosse Theile von ihm wegen bösartiger Erkrankung dieses Organs exstirpirt. Die Re-

sultate waren entmuthigend, da die Patienten entweder an den unmittelbaren Folgen der Operation zu Grunde gingen oder später an Recidiven starben. Aus einer tabellarischen Uebersicht, die Dr. Foulis im Jahre 1881 zusammenstellte, ergab sich, dass von den 25 Patienten, bei denen bis dahin die Totalexstirpation gemacht worden war, nicht einer ein Jahr nach der Operation am Leben war. In der Folge führten die von Eugen Hahn in die Technik eingeführten Verbesserungen zu günstigeren Resultaten, besonders bei der partiellen Resection. Während dieser Zeit gab auch die Thyreotomie mit Entfernung der Weichtheile und der Geschwulst keine besseren Erfolge. Im Jahre 1898 gab Paul Bruns eine scharfe Kritik der neuen Operationsverfahren, und zu derselben Zeit veröffentlichte Statistiken rechtfertigten sein abfälliges Urtheil im vollsten Masse. Von 19 bis zum Jahre 1889 thyreotomirten Patienten starben zwei kurz nach der Operation; in 16 Fällen traten unmittelbar oder nach wenigen Monaten Recidive ein, nur in einem Falle kam das Recidiv erst nach einem Jahre und in einem erfolgte der Tod nach 22 Monaten in Folge von Carcinom der Nebennieren ohne locales Recidiv.

Die Hauptursachen für diese Misserfolge bestanden erstlich in der Unfähigkeit, die Erkrankung zu diagnosticiren, solange die Chancen für irgend welchen chirurgischen Eingriff noch aussichtsvoll waren; die Thyreotomie wurde meist in einem viel zu vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung vorgenommen. Zweitens lag die Technik der verschiedenen Operationen noch in den Windeln; man war nicht im Stande, die unteren Luftwege gegen das Eindringen von Blut und septischen Massen zu schützen, so dass der grösste Theil der Patienten durch Lungencomplicationen dahingerafft wurde.

Im Jahre 1886 machte der Vortragende auf einige bis dahin übersehene Anzeichen aufmerksam, die ihn in einer Anzahl von Fällen in den Stand gesetzt hatten, die Diagnose auf maligne Erkrankung des Larynx früher zu stellen, als sonst. Ferner führten die Erörterungen gelegentlich der Krankheit des deutschen Kaisers zu einer erheblichen Verbesserung in der Diagnose und operativen Behandlung. 1889 zeigte Butlin, dass die Thyreotomie als eine erfolgreiche Operation rehabilitirt zu werden verdient. Eine Einheitlichkeit der Anschauungen über diese Fragen aber ist bisher noch nicht erzielt worden.

Redner erörtert sodann die Interpretation der verschiedenen bisher veröffentlichten Statistiken, besonders der von Sendziak, in der die Resultate der verschiedenen Operationsmethoden zusammengestellt sind. Er zeigt, wie er es bereits vor Jahren gezeigt hat, dass aus der Betrachtung von Statistiken, die auf schärfere Kritik verzichten, sehr irrthümliche Folgerungen gezogen werden können und auch gezogen worden sind, und dass die wirkliche Leistungsfähigkeit der Thyreotomie sich weit eher aus den Resultaten einzelner Beobachter, die über eine grosse Erfahrung verfügen, als aus der Aufzählung aller jemals nach dieser Methode operirter Fälle ergiebt.

Angesichts der verschiedenen für die Operation maligner Kehlkopferkrankungen vorgeschlagenen Methoden ergiebt sich die Frage: Wann soll operirt werden, und welche Methode soll gewählt werden? In Bezug auf die Beantwortung der ersten Frage besteht Einmüthigkeit: Die Operation soll, wofern sich

der Fall für eine solche überhaupt eignet, so früh wie möglich vorgenommen werden.

Sodann wird in die Erörterung der vom praktischen Gesichtspunkte überaus wichtigen Frage der Unterscheidung von inneren und äusseren bösartigen Erkrankungen des Kehlkopfs eingetreten. Erstere, bei denen nur das eigentliche Kehlkopflumen befallen ist, bleiben erheblich länger eine rein locale Erkrankung, als dies bei den äusseren Erkrankungen der Fall ist, welche die ary-epiglottischen Falten, die Aryknorpel, die Epiglottis und die hintere Fläche des Ringknorpels betreffen. Zwischen beiden Formen besteht ein enormer Unterschied, sowohl was die Prognose anbelangt, wie die Gefahren der erforderlichen Operationen.

Es folgt ein kurzer Ueberblick über die verschiedenen Operationsmethoden:

a) Die intralaryngeale Methode. In einigen ausnahmsweisen Fällen kann diese Methode ihre Triumphe feiern; nach des Verf.'s Ansicht ist sie jedoch, von extrem seltenen Ausnahmen abgesehen, zur radicalen Beseitigung der Krankheit absolut ungeeignet. Dies Verfahren ist unvereinbar mit dem Princip, dass bei der Entfernung bösartiger Geschwülste nicht nur der Tumor selbst, sondern auch das gesunde Gewebe in seiner Umgebung beseitigt werden muss. Alle Vortheile, die für diese Methode angeführt werden können, fallen in nichts zusammen gegenüber der Gefahr, dass für wirklich radicale Operationen Zeit versäumt wird. Redner kann zwar selbst einen glücklich verlaufenen Fall verzeichnen, in dem ein Epitheliom der Stimmlippe völlig entfernt wurde, obwohl es eigentlich nur in seiner Absicht lag, ein Stück des Tumors zwecks mikroskopischer Untersuchung zu entnehmen, dennoch würde er niemals mit Vorbedacht an die intralaryngeale Operation eines Carcinoms oder Sarkoms des Kehlkopfinnern herangehen.

II. Thyreotomie: Dies Verfahren betrachtet der Redner als ein ideales für diejenigen Fälle, in denen die Diagnose zu einer Zeit gestellt ist, wenn die Erkrankung weder zu ausgedehnt, noch zu sehr in die Tiefe gehend ist. Er hat bisher 20 Thyreotomien bei unzweifelhaften, durch mikroskopische Untersuchung sichergestellten, bösartigen Larynxtumoren gemacht; davon sind 19 Heilungen, mit zwei sehr zweifelhaften Recidiven und einem Todesfall. Von 18 in der Zeit von Juli 1891 bis Juni 1902 operirten Fällen sind 15, d. h. 85 pCt., ohne Recidive geblieben und 12 davon leben im besten Wohlsein. Wenn, wie es bei jenen 15 Patienten der Fall war, der Kranke ein ganzes Jahr nach der Operation ohne Recidiv bleibt, so braucht man ein solches nicht mehr zu fürchten. Die Resultate bezüglich der Stimme waren überraschend gut mit Ausnahme der Fälle, in denen beide Stimmlippen entfernt werden mussten.

In obiger Zusammenstellung sind nicht mit einbegriffen vier Fälle von zweifelhafter maligner Erkrankung des Larynx, in denen gleichfalls die Thyreotomie vorgenommen wurde und von denen in einem Recidiv erfolgte. Damit solche Resultate wie diese, die man als „durchaus ideal" bezeichnen kann, erzielt werden, müssen folgende Bedingungen erfüllt werden:

1. Die Operation muss im Frühstadium einer sich auf das Kehlkopfinnere beschränkenden Erkrankung vorgenommen werden.

2. Dazu ist eine frühzeitige Diagnose nothwendig.

3. Die Operation muss eine gründliche sein und es muss eine genügende Menge gesunden Gewebes rings um den Tumor herum fortgenommen werden.

4. Stellt sich nach Eröffnung des Larynx heraus, dass die Geschwulst zu ausgedehnt ist, als dass sie durch die Thyreotomie entfernt werden könnte, so muss man die partielle Laryngectomie oder irgend eine andere durch die Umstände gebotene Operation vornehmen.

Was die Technik der Operation anbelangt, so hat sich herausgestellt, dass ein unmittelbarer vollständiger Verschluss der Wunde keine Vortheile bietet und die Gefahr septischer Complication erhöht. Aus diesem Grunde wird der untere Theil der Wundhöhle offen gelassen. Es hat sich als vortheilhaft erwiesen, in den Fällen, wo der andere Theil beider Stimmlippen entfernt werden musste, ihre hinteren Enden an die Taschenlippen anzunähen.

III. Partielle Exstirpation des Larynx. Darunter wird die Abtragung einer Schildknorpelplatte und, wenn nöthig, eines Aryknorpels und eines Theils vom Ringknorpel verstanden. Je frühzeitiger die Diagnose der malignen Erkrankung gestellt wird, desto seltener wird die Operation zu Gunsten der Thyreotomie werden.

IV. Totalexstirpation des Kehlkopfs. S. spricht sein Bedauern darüber aus, dass seine Stellungnahme gegenüber dieser Operation missverstanden worden ist. Es ist noch kürzlich ausgesprochen worden, dass Butlin und er behauptet hätten, „die Totalexstirpation ist nicht zu rechtfertigen“. Er ergreife diese Gelegenheit, um festzustellen, dass dies niemals seine Stellung in der Frage gewesen sei. Die Operation sei im Gegentheil zur Erhaltung des Lebens in den Fällen nöthig, in denen andere Massnahmen erfolglos blieben oder von vornherein unmöglich seien. Die Resultate der Operation seien weit günstiger geworden, seitdem es allgemein als Methode acceptirt worden ist, den unteren Theil der Trachea dadurch von der Wunde völlig abzuschliessen, dass man ihn an die Haut annäht.

Die Totalexstirpation wird stets für eine Reihe von Fällen nothwendig, so lange die Behandlung dieser Krankheit überhaupt eine ausschliesslich chirurgische bleibt.

V. Pharyngotomia subhyoidea. Diese Operation eignet sich für Fälle, in denen die Neubildung an der Epiglottis oder der ary-epiglottischen Falte ihren Anfang nimmt. Bisher hat das Verfahren keine günstigen Resultate gegeben; die Gründe dafür sind noch nicht ganz aufgeklärt.

VI. Palliative Tracheotomie. Wenn nicht bestimmte Contraindicationen gegen andere operative Eingriffe vorliegen, so sollte man niemals einen Patienten in einen solchen Zustand kommen lassen, dass die palliative Tracheotomie das einzige Mittel zur Verlängerung seiner Existenz bietet.

Bei der Besprechung der Diagnose giebt Redner zu, dass selbst für den geübtesten Beobachter diagnostische Irrthümer und Zweifel möglich sind und stimmt damit überein, dass, wenn irgend möglich, Stückchen von der Geschwulst zwecks mikroskopischer Untersuchung entnommen werden. In manchen Fällen ist das Ergebniss dieser Untersuchung zweifelhaft; auch können Irrthümer dadurch zu

Stande kommen, dass nicht charakteristische Fragmente ihr unterworfen wurden. Exploratorische Thyreotomie kann bisweilen gerechtfertigt sein; erscheint auch bei ihr noch die Diagnose zweifelhaft, so liegt es im Interesse des Patienten, den Tumor als bösartig zu behandeln und nachträgliche mikroskopische Untersuchung wird das in der Regel als richtig bestätigen.

Prof. Themistocles Gluck (Berlin) bespricht zuerst das für diffuse Papillombildung im Kehlkopf, gewisse Fälle von Syphilis und umschriebene Carcinome der Stimmlippen geeignete Operationsverfahren. Es wird zuerst die tiefe Tracheotomie gemacht und dann der Schildknorpel gespalten und eröffnet. Nach Entfernung der Geschwulst werden Jodoformgazestreifen in den Larynx hineintamponirt und mittels einer durch den Knorpel gehenden Naht fixirt. Diese werden am 4. und 5. Tage unter Anästhesie entfernt. Die Canüle wird ungefähr am 10. Tag entfernt. Redner kann die ausgezeichneten Resultate Semon's nur bewundern. Bei den grösseren Operationen wegen Carcinoms der Larynx und Pharynx hat er die Gefahr der Aspirationspneumonie dadurch vermieden, dass er das distale Ende der resecirten Trachea knopflochförmig in die Haut einnähte und so eine undurchdringliche Barrière zwischen Wundhöhle und Lungen aufrichtete.

Halbseitige Kehlkopfexstirpation: Zum Zweck dieser Operation wird zunächst die tiefe Tracheotomie gemacht und eine Hahn'sche Tamponcanüle eingelegt. Nachdem ein Hautlappen gebildet und nach aussen umgeklappt ist, so dass die kranke Kehlkopfhälfte freiliegt, werden die Weichtheile von dieser abpräparirt. Nun wird die totale Laryngofissur gemacht, dabei auch in der hinteren Medianlinie der Kehlkopf gespalten und der erkrankte Organtheil entfernt. Der zur Plastik bestimmte Hautlappen wird nun in den so entstandenen Wundtrichter gelagert, an den Wundrand der Schleimhaut des Sinus pyriformis, unten an der Trachea und in der Mittellinie an die stehen gebliebene Kehlkopfhälfte angenäht. Ein grosser in den Kehlkopfraum eingeführter und gegen den Hautlappen drückender Jodoformgazestreifen verhindert, dass Nahrung in die Luftwege gelangen kann.

Totale Kehlkopfexstirpation: Ein Medianschnitt wird vom Zungenbein bis zum unteren Rand des Ringknorpels gemacht. Die Schilddrüse wird nach abwärts und seitlich vom Larynx gezogen, die Arteria laryngea-superior unterbunden. Nun wird am hängenden Kopf die Membrana hyo-thyreoidea gespalten, der Pharynx mit Gaze austamponirt, um das Eindringen von Speichel in die Wunde zu verhindern, der Kehlkopf nach vorn gezogen und hinten vom Oesophagus abpräparirt. Ueber dem Jugulum ist ein Querschnitt angelegt, die Haut ist bis zum Endpunkt der Endincision unterminirt. Nachdem der Larynx von der Trachea abgetrennt ist, wird der Stumpf der letzteren nach abwärts unter die Hautbrücke in das Knopfloch über dem Jugulum gezogen und dort vernäht. Die Oeffnung im Pharynx wird durch eine oder mehrere Nahtreihen geschlossen, die Wundhöhle hoch oben mit Gaze tamponirt und die Haut über der Gaze zusammengenäht. Patient trägt ein Gummirohr, das durch die Nase in den Oesophagus geht.

Exstirpation des Larynx und Pharynx. Der Kehlkopf wird wie bei der vorigen Operation nach vorn gezogen. Die Pharynxwände sind jetzt gut zu

sehen und man durchschneidet nun die Seitenwände und den vorderen Rand des Pharynx grade über dem Tumor. Dann wird Pharynx und Oesophagus von der Wirbelsäule abgelöst bis man über den unteren Pol der Geschwulst gelangt ist und der Oesophagus so weit als möglich unter dem Tumor abgeschnitten. Nun wird der Larynx von der Trachea aus, grade wie bei der Laryngectomie, abgeschnitten und der Trachealstumpf in der Haut vernäht. Die Wunde wird gegen den Mund durch Nähen der Pharynxwände abgeschlossen oder, wenn dies nicht möglich ist, durch Einlegen eines Jodoformgazebausches. Ein Gummirohr wird in den Oesophagus zum Zweck der Ernährung eingeführt. Die Wundhöhle wird mit Jodoformgaze ausgestopft und die Haut darüber zusammengenäht. Bewegliche Drüsen werden durch einen besondern am vordern Rand des M. sternocleidomastoideus verlaufenden Schnitt entfernt; diese Wunde braucht nicht mit der Laryngotomiewunde zu communiciren. Hat man es mit grossen Drüsentumoren zu thun, so müssen zum Verticalschnitt in der Mittellinie Querschnitte hinzugefügt werden. In diesen Fällen sucht man die Gefässe oder ihre unterbundenen Stümpfe zu schützen, indem man Hautlappen darüber näht.

Redner schildert dann die Details an zwei ausgedehnten Operationen, die er wegen bösartiger Erkrankung des Kehlkopfs und Rachens gemacht hat. Was die Resultate dieser Operationen betrifft, so hat er gefunden, dass sie sich immer mehr verbessern. Seine neuesten Resultate ersieht man aus einer Serie von 22 Totalexstirpationen mit einem Todesfall, der die Folge von Jodoformvergiftung war. In einer Reihe von 27 partiellen Exstirpationen des Larynx und Pharynx, womit gewöhnlich auch die Entfernung der Drüsen verbunden war, trat nur einmal der Exitus infolge von Hemiplegie nach Carotisligatur ein. Nach Heilung der Operationswunde essen die Patienten gleich allen andern Menschen und brauchen keine Trachealcanüle zu tragen. Wenn die Communication zwischen Trachea und Pharynx abgeschlossen ist, dann lernen die Patienten mit der sogenannten Pharynxstimme sprechen, die durch den Austritt der im Oesophagus verschluckten Luft in dem Pharynx entsteht. Meist ist ein Phonationsapparat, wie ihn Redner angegeben, nöthig. Ein kürzeres Mittelrohr wird an die Canüle angebracht und ist mit einer Vorrichtung versehen, die durch den Exspirationsstrom zum Tönen gebracht werden kann; von diesem Mittelrohr aus führt ein Gummischlauch durch die Nase in die Mundhöhle.

Redner hat seit dem Jahre 1888 im Ganzen 125 hier in Betracht kommende Operationen gemacht. Er verfügt über 38 noch am Leben befindliche Patienten, von denen bei dem ältesten die Operation jetzt bereits 13 Jahre zurückliegt. Von den bereits Gestorbenen waren solche, die 11, 8, $6^1/_2$, $5^1/_2$, $4^1/_2$ und $3^1/_2$ Jahre in guter Gesundheit lebten. Es werden 2 Patienten demonstrirt und durch zahlreiche Abbildungen und Präparate die Ausführungen erläutert.

Herbert Tilley (London) hat in 5 Fällen wegen bösartiger Erkrankung die Thyreotomie gemacht. Vier lebten in guter Gesundheit 6, $5^1/_2$, 4 und 1 Jahr nach der Operation. Kürzlich hat er einen alten decrepiden Mann operirt, bei dem 24 Stunden danach acutes Delirium und Fieber auftrat. Die Wunde sah gut aus und die Untersuchung des Thorax ergab nichts Besonderes. Es scheint nicht unwahrscheinlich, dass es sich hier um eine Schwäche infolge von Mangel an

Ernährung handelte und dass die Nährklystiere nicht genügend resorbirt wurden, denn die Symptome verschwanden bald, nachdem dem Patienten Eier und Branntwein durch den Mund eingeflösst wurden.

W. Jobson Horne ist überzeugt, dass in Bezug auf die Thyreotomie als eine für die geeigneten Fälle ideale Operationsmethode in England allgemeine Uebereinstimmung herrscht. Leider wird sie oft in Frage gestellt dadurch, dass die Diagnose nicht frühzeitig gestellt wird. Es kommt häufiger vor, dass eine wirklich gutartige Neubildung irrthümlich für bösartig gehalten wird, als umgekehrt. Es ist bisweilen schwierig, auf endolaryngealem Wege ein für die mikroskopische Untersuchung genügendes Stück zu entfernen. Er ist besser nichts fortzunehmen, bis man für den Fall, dass der Tumor sich als bösartig erweist, der Einwilligung für die Thyreotomie sicher ist. H. betrachtet in zweifelhaften Fällen die Thyreotomie für mehr als gerechtfertigt.

Robert Woods (Dublin) hat in 9 Fällen von maligner Larynxerkrankung operirt; zweimal hat es sich darunter um Fälle gehandelt, wo die Erkrankung ausserhalb des eigentlichen Larynxinnern sass. Von diesen ging einer nach 5 Monaten, nachdem eine zweite Operation zur Entfernung von Drüsen über der Vena anonyma vorgenommen war, zu Grunde. Die Vene war verletzt. Der Tod trat nach 5 Tagen in Folge von Pneumonie ein. In dem anderen Fall von Totalexstirpation erfolgte der Tod gleichfalls nach 14 Tagen an Pneumonie. In 7 Fällen von Thyreotomie, von denen er den ersten vor 12 Jahren, den letzten vor 3 Monaten operirt hat, ist in keinem ein Recidiv eingetreten. Er schliesst den Kehlkopf stets mit Nähten, die durch die Schildknorpelplatten gelegt werden und hat niemals irgend welche Störungen infolge von intralaryngealen Granulationen gesehen.

Eugene S. Yonge glaubt, dass die ungünstigen Resultate nach Thyreotomie oft auf Fehler in der Technik zurückzuführen seien. Es besteht auswärts eine merkwürdige Unkenntniss über die in letzter Zeit in England zur Vervollkommnung der Thyreotomie geleistete Arbeit.

Dundas Grant (London) sieht die Operation der Thyreotomie als solche für in praxi gefahrlos an und hält sie für gerechtfertigt, selbst wenn die absolute Diagnose auf Carcinom nicht sicher steht, da man, wenn der Tumor sich als harmlos erweist, den Larynx mit Leichtigkeit wieder schliessen kann. Der Nachtheil, dass die Stimme dadurch vielleicht etwas geschädigt wird, wird durch den genauen Einblick, den man durch den Eingriff gewinnt, wieder aufgewogen. Dank den neueren Arbeiten kann man jetzt an die Vornahme einer Thyreotomie mit ungleich grösserer Ruhe herangehen, als dies früher der Fall war und der Schrecken der Stimmlosigkeit ist jetzt bis zu einem gewissen Grade hinfällig geworden. In einem Fall Grant's war der Patient nach Exstirpation des Larynx nebst der infiltrirten Schilddrüse im Stande, mit lauter Flüsterstimme sich vernehmlich zu machen. In einem Fall von Hemilaryngectomie mit Erfernung fast der gesammten Weichtheile aus der zurückbleibenden Kehlkopfhälfte erfolgte Regurgitation der Nahrung in die Trachea, bald aber stellte sich das Schluckvermögen wieder her, nur musste wegen der Schlaffheit der einen

Kehlkopfhälfte, infolge deren Dyspnoe eintrat, eine Tracheotomiecanüle getragen werden. In dem oben erwähnten Fall von Totalexstirpation trat Tod infolge Recidiv in einem Jahr ein. Schluckpneumonie kommt nach G.'s Dafürhalten mehr bei solchen Patienten vor, bei denen schon vor der Operation Regurgitation von Flüssigkeit in den Larynx erfolgte.

C. R. Childe (Portsmouth) erinnert daran, dass Patienten oft nach ausgedehnten Kehlkopf- oder Rachenoperationen sterben, ohne dass eine bestimmte Ursache dafür auffindbar wäre.

Watson Williams stimmt damit überein, dass für den Erfolg der Thyreotomie Alles auf die frühe Diagnose ankomme. Niemand hat mehr dazu beigetragen, dies zu ermöglichen, als Sir Felix Semon durch seine Untersuchungen über die Frühsymptome und Anfangserscheinungen des Kehlkopfkrebses. Wenn die mikroskopische Untersuchung noch Zweifel über die Natur eines Tumor lässt, dann liegt die Entscheidung einzig und allein beim Specialisten.

Sir Felix Semon erwidert auf eine Anfrage von Woods, dass die kritische Zeit nach der Thyreotomie die drei ersten Tage sind. Eine Temperatursteigerung auf 39 ° in den beiden ersten Tagen zeigt gewöhnlich eine septische Pneumonie oder Bronchitis an. Eine ungefähr eine Nacht anhaltende Temperatursteigerung auf 38—38,5 ° ist gewöhnlich das Zeichen einer Bronchitis infolge von Blutaspiration oder die Folge von Exacerbation einer schon vorher bestehenden Bronchitis. Eine Temperaturerhöhung mit Trübung des Bewusstseins und ohne nachweisbare objective Veränderung ist gewöhnlich ein Zeichen von Septicämie. Redner weist schliesslich erneut auf zwei ätiologische Probleme hin: 1. Woher kommt es, dass bei Weitem die meisten Fälle von Kehlkopfcarcinomen bei Männern vorkommen? 2. Warum gehören die Fälle, die bei Weibern zur Beobachtung kommen, meist zu der Form von „äusserem" Kehlkopfcarcinom? Bei der letzteren Form sind Tabak und Alcohol als besonders disponirende Momente auszuschliessen.

Bei der Naht des Kehlkopfes ist es bisweilen unvermeidlich, mit den Nähten in den Kehlkopfraum zu gehen. Es können dadurch Granulationen im vorderen Wundwinkel entstehen, die zum Verdacht eines Recidivs Anlass geben. Cocain erwies sich bei diesen Operationen sehr nützlich, dagegen hat Redner vor der Anwendung von Adrenalin bisher noch immer einige Scheu gehabt, da dieselbe eine Neigung von secundären Blutungen im Gefolge haben kann.

Eugene S. Yonge liest einen Bericht über zwei Fälle von Epitheliom des Larynx, die sich zwei Jahre nach der Operation (Thyreotomie) beim besten Wohlsein befinden. Redner weist darauf hin, dass Rauhigkeit der Stimme oft lange Zeit das einzige Symptom der Krankheit bleiben kann.

Adolph Bronner (Bradford): Ueber den localen Gebrauch von Formalin bei der Behandlung von Nasenpolypen vor und nach ihrer Operation mittels der gewöhnlichen Methoden.

B. entfernt die Polypen mit der kalten oder galvanocaustischen Schlinge und touchirt sodann ihren Stiel mit Formalin. Vor Anwendung des Formalins gebraucht er ein Pulver, das aus gleichen Theilen Cocain, Eucain und getrocknetem Nebennierenextract besteht. Nach einigen Tagen wird ein Formalinspray (1 : 500 bis 1 : 100) verordnet; derselbe wird ein bis zwei Wochen lang täglich dreimal,

dann seltener gebraucht. Das Formalin wirkt als kräftiges Desinficiens; unter seiner Einwirkung contrahiren und härten sich die Gewebe. Daneben werden noch Insufflationen mit Tannoform, Aristol und Borsäure gebraucht. Wenn die mittlere Muschel im Ganzen erkrankt ist, wird ihr vorderes Ende abgetragen. Der chirurgische Eingriff soll erst dann gemacht werden, wenn die Nase vorher von allen Polypen sorgfältig gesäubert und mit Formol behandelt worden ist. B. ist dem Vorschlag Lack's gefolgt, erkrankte Stirn- und Siebbeinzellen auszukratzen, hat aber damit keine zufriedenstellenden Resultate erzielt. Die Operation war nicht gefahrlos und es sind letal verlaufende Fälle vorgekommen.

Herbert Tilley unterscheidet zwischen Nasenpolypen mit, und solchen ohne Eiterung; im ersteren Falle handelt es sich um eine Folge von Nebenhöhlenerkrankungen.

Jobson Horne fragt, ob die Gefahr, die in einer Schädigung der Riechschleimhaut durch das Formalin bestehen könnte, durch die guten Resultate wirklich ausgeglichen wird.

Bronner erwidert, dass er Formalin mit denselben Cautelen anwende, wie reine Carbolsäure oder irgend ein anderes starkes Causticum.

A. G. Haydon. Die Wirkungen des Gesangs in einem geeigneten Medium.

H. schreibt seinem Gegenstande ein grosses physiologisches und pathologisches Interesse zu. Er hat einen „Idiophon" genannten Apparat construirt. Derselbe besteht aus einem auf der einen Seite geschlossenen, auf der anderen offenen Porzellancylinder. In der Wand des Cylinders befinden sich an den entgegengesetzten Enden je eine Oeffnung; in jeder dieser Oeffnungen ist eine lange Tube mit einem Mundstück befestigt. Ueber das offene Ende des Cylinders ist eine zarte Membran gespannt, die mit Gelatine bestrichen und darüber mit Lycopodium bestreut ist. Darauf sind Farben verschiedener Art gestäubt. Singt ein Sänger in eine der Farben, so ordnen sich die Farben auf der Membran in Form wundervoller Blumenbilder. Die Bilder variiren nach der Klangfarbe der Stimme. Redner zeigt eine Anzahl von Photographien solcher Bilder. Sind Abnormitäten in den Leistungen vorhanden, so werden dementsprechend die Bilder modificirt.

Discussion über das Thema: Die oberen Luftwege als Eingangspforte für Infectionen.

Havilland Hill erinnert daran, dass er bereits 1897 auf die wichtige Rolle von Nase und Hals als Eingangspforte für acute Erkrankungen hingewiesen hat. Seit dieser Zeit haben sich die Erfahrungen, die seine damals ausgesprochenen Ansichten bestätigen, gehäuft. Im Jahre 1894 hatte Watson Williams 5 Fälle mitgetheilt, aus denen zur Evidenz hervorging, dass die oberen Luftwege die Eingangspforte für Typhus darstellen können; einen analogen Fall hat Redner gleichfalls gesehen. Bestehende Laryngitis scheint diesen Infectionsmodus zu begünstigen. Solche Fälle bestätigen die Anschauung Budd's von der Infectiosität des Typhus in manchen Fällen und lassen es rathsam erscheinen, dass der Auswurf desinficirt wird.

Die Art, wie die Masern ihren Anfang nehmen, lässt darauf schliessen. dass

die Eingangspforte für den Infectionsträger in den oberen Luftwegen zu suchen ist; noch sicherer scheint es, dass der Pfeiffer'sche Erreger der Influenza auf diesem Wege in den Organismus eindringt. H. hat viele Fälle von Influenza gesehen, die ihren Ausgang vom Nasenrachen zu nehmen scheinen; er ist der Meinung, dass das Vorhandensein von adenoiden Vegetationen und hyperplastischen Tonsillen die Entstehung von Influenza und anderen Infectionen begünstigt. Das katarrhalische Stadium des Keuchhustens weist gleichfalls auf das Eindringen des Infectionsträgers durch die Luftwege hin. Bei der Diphtherie ergreift die Erkrankung in der Mehrzahl der Fälle zuerst die Tonsillen und ist zuerst rein local; die secundären Symptome sind erst die Folge einer Resorption von Toxinen. Bei der primären laryngealen Form der Erkrankung lässt sich denken, dass ein kleines Trauma im Kehlkopf diesen Modus der Entstehung erklärt. Oft wird zweifellose Diphtherie durch Nasensekret von Kindern verbreitet, die eine nicht diagnosticirte Diphtherie haben. Reconvalescenten sollten solange abgesperrt bleiben, bis ihr Nasen-Rachensekret frei von Klebs-Löffler'schen Bacillen ist.

Redner hat zwei Fälle beobachtet, in denen Scharlachfieber drei Tage nach der Anwendung des Galvanokauters auf der Nasenschleimhaut entstand; er ist der Ansicht, dass der Infectionsträger durch die Contusionswunde in den Organismus eingedrungen ist. Oft hat er secundäre Tonsillitis nach demselben Eingriff auftreten sehen. Häufig geht Tonsillitis einem acuten Rheumatismus voraus oder begleitet ihn, und es lässt sich zu Gunsten der Auffasssung sagen, dass die Tonsillitis die primäre infectiöse Krankheit darstellt und der Rheumatismus secundär durch Resorption der Mikroorganismen und ihrer Stoffwechselproducte entsteht. Redner hat bei einem Kind mit acuter Tonsillitis eine acute Pericarditis entstehen gesehen, ohne dass irgend sonst Symptome von Rheumatismus vorhanden waren. Es ist möglich, dass man in Zukunft im Stande sein wird, bacteriologisch verschiedene Formen von Tonsillitis zu unterscheiden, solche mit Rheumatismus und solche mit Endocarditis. Eine andere Möglichkeit wäre die, dass die Tonsillitis nicht dem Rheumatismus zuzuschreiben ist, sondern nur den Boden für das Eindringen der Rheumatismuserreger vorbereitet.

Redner erörtert dann Fälle, in denen septische oder pyämische Processe das Resultat von Infection der oberen Luftwege waren. In zwei Fällen trat nach Injection von Antistreptokokkenserum Heilung ein.

An anderer Stelle hat Redner bereits auf die wichtige Rolle hingewiesen, die chronischen Nasenaffectionen bei der Entstehung von Gesichtsrose zukommt; er führt auch gewichtige Ansichten dafür an, dass das nicht-traumatische Kehlkopfoedem stets die Folge einer erysipelatösen Infection ist, die durch Erosionen oder Fissuren in der Kehlkopfschleimhaut entsteht. Er erwähnt einen Fall O. T. Stein's, in welchem bei der Exacerbation einer chronischen Rhinitis der Streptococcus erysipelatos im Secret gefunden wurde.

In Bezug auf die Tuberculose glaubt Redner, dass bisweilen Fälle von primärer Localisation in der Nase vorkommen, ebenso wie er das Vorkommen primärer Kehlkopftuberculose nicht bezweifelt; im Allgemeinen treten sie jedoch secundär zu einer Lungentuberculose hinzu.

Er weist dann noch auf den Zusammenhang von tuberkulösen Halsdrüsen

und Hyperplasie der Tonsillen, sowie auf die Möglichkeit eines Eindringens der Tuberculose durch die Rachentonsille hin.

Jobson Horne (London) glaubt, dass die oberen Luftwege öfter, als man gewöhnlich annimmt, die Quelle darstellen für infectiöse Endocarditis, Tuberculose, Lymphadenom (Hodgin's Krankheit) und Lymphosarkom. Bei der infectiösen Endocarditis handelt es sich um eine besonders bösartige Form. Vor 10 Jahren hat H. einen Fall von maligner Endocarditis beobachtet, in dem die Infection vom Larynx ausging. In diesem Fall war die linke Kehlkopfhälfte geschwollen, der linke Aryknorpel war nekrotisirt und exfoliirt, und die Schwere der Veränderungen liess keinen Zweifel, dass der Kehlkopf den primären Sitz der Affection darstellte. In einem anderen Fall liess sich die Initialläsion feststellen. Sie sass in einer Schleimhautfalte, die hinter dem Processus vocalis beginnend, schräg nach hinten oben verlief, um zwischen den Spitzen der Santorini'schen und Wrisberg'schen Knorpel zu endigen. Dies ist nach Erfahrung des Redners eine besonders vulnerable Stelle: hier sitzt mit Vorliebe stagnirendes Secret, hier wird auf die Kehlkopfschleimhaut eine besondere Spannung und Druck ausgeübt, so dass auf der entzündlichen Oberfläche sehr leicht eine Continuitätstrennung entstehen kann.

Bezüglich der Kehlkopftuberculose formulirt Redner seine Anschauung in folgenden Sätzen: 1. Wenn der Kehlkopf ergriffen ist, so bestand bereits eine Erkrankung der Lungen. 2. Ist eine Ulceration im Kehlkopf vorhanden, so ist die Lungenerkrankung bereits zur Cavernenbildung vorgeschritten. 3. Ist die Lungen erkrankung von rein miliarer Form, so findet niemals eine Infection des Larynx statt.

Redner ist der Meinung, dass die Infection des Larynx stets durch das Sputum erfolgt und theilt die Ansicht Flügges von der Tröpfcheninfection.

Von allen Geweben ist das lymphoide am leichtesten für die Tuberculose zugänglich; trotzdem findet man bei sorgfältiger Untersuchung von Tonsillen und adenoiden Vegetationen nur in 4 pCt. der Fälle Riesenzellen und in 1 pCt. Tubercelbacillen, wenn auch das Material von Patienten mit tuberculöser Adenitis herstammt. Woodhead hat nachgewiesen, dass bei Schweinen eine Infection der Lungen auf dem Wege durch die Cervicaldrüsen dadurch erzielt wurde, dass man sie mit infectiösem Material fütterte. Bei tuberculöser Cervicaladenitis muss die Eingangspforte in den oberen Luftwegen gelegen sein, doch finden sich in dem Lymphgewebe nur selten Bacillen.

Hodgkin's Krankheit nimmt in mindestens 50 pCt. der Fälle ihren Anfang in den Nackendrüsen und die Tonsillen waren nicht selten afficirt. Es lag daher nahe, die Tonsillen als wahrscheinliche Eingangspforte für den Erreger dieser Krankheit zu betrachten, gleichgültig, welches dieser Erreger sein mag. Redner hat bereits Fälle veröffentlicht, die zeigen, dass das infectiöse Agens durch den Kehlkopf eindringen kann.

Redner beschreibt dann den Sectionsbefund in einem Fall von intrathoracischem Lymphosarkom. In diesem Fall fand sich ein vernarbtes Geschwür an der oben als besonders vulnerabel bezeichneten Stelle des Larynx; es ergiebt

sich die interessante Frage, ob die Geschwülste in diesem Fall nicht die Folge einer septicaemischen Infection waren.

Goodale (Boston) bespricht die Resorption von Bacterienproducten durch lymphatische Gewebe der oberen Luftwege. Die Schleimhaut, die das Lymphgewebe bedeckt, zeigt Einbuchtungen und ist an diesen Stellen verhältnismässig dünn und gegen die Invasion von Mikroorganismen weniger widerstandsfähig als die übrige Schleimhaut. Infolge entzündlicher Veränderungen können die Crypten der Tonsillen verschlossen und auf diese Weise der Wiederaustritt virulenter Mikroorganismen verhindert werden. Acute Tonsillitis ist charakterisirt durch diffuse Entzündung des Organs infolge von Resorption in den Crypten lagernder Toxine. Der Process ist innerhalb der Crypten am lebhaftesten in den distalen Enden derselben und Adhäsionen bilden sich daher besonders gern nahe ihren Mündungen. Während der regressiven Metamorphose, die mit vorgerücktem Alter in den Tonsillen vor sich geht, werden die Crypten, wenn sie vorher nicht normal waren, unregelmässig und verengt. Es kann sich dann eine mangelhafte Drainage daraus ergeben. Der Putrefactionsprocess bewirkt Proliferation der Endothelzellen in dem Reticulum der Follikel und die producirten Zellen besitzen phagocytische Eigenschaften. Eine Reihe klinischer Symptome kann in den oben beschriebenen saprophytischen Vorgängen ihren Ursprung haben, wie Anämie, Schwäche, fötider Athem, Magenstörungen, Empfänglichkeit für Infectionen.

Redner glaubt, dass ein peritonsillärer Abscess gewöhnlich infolge von Ruptur eines intrafolliculären Abcesses in die ausführenden Lymphwege entsteht. Gewöhnlich brechen diese Follicularabscesse in die Crypten auf.

Das Persistiren des Diphtheriebacillus im Pharynx ist bisweilen ebenfalls die Folge einer chronischen Lacunenentzündung.

In seiner Praxis fand G. tuberculöse Cervicaladenitis in einer grossen Zahl der Fälle bei Dilatation der Tonsillarlacunen. Die Tonsillen brauchen nicht nothwendig hyperplasirt zu sein. Wenn solche Tonsillen nicht amputirt werden können, so sollte doch der Versuch gemacht werden, die Lacunen durch Applicationen des Galvanokauters oder von Jod zu verkleinern.

Paynton (London): Paine und er selbst haben gezeigt, dass bei rheumatischer Angina ein Diplococcus isolirt werden kann, der bei intravenöser Einimpfung die Erscheinungen des Rheumatismus an den Gelenken, Herz, Pleura und anderen Organen hervorruft und der sich bei diesen Erkrankungen beim Menschen vorfindet. F. Meyer und Menzer haben diese Studien weiter verfolgt und es ist jetzt bekannt: 1. dass diese Mikroorganismen von den Tonsillen durch die Blut- und Lymphgefässe in die allgemeine Circulation übergehen, 2. dass diese Mikroorganismen aus dem Blut isolirt werden können und sich bei den localen Läsionen vorfinden. Es kann also als Thatsache gelten, dass ein localer Herd in den oberen Luftwegen zu einer allgemeinen Infection führen kann.

Die Localbehandlung der oberen Luftwege bei Infectionen vom rheumatischen Typus kann natürlich nur in begrenztem Umfang Nutzen stiften, man soll eben Alles thun, um den Process nicht zu einem generalisirten werden zu lassen.

Eine andere wichtige Frage, die noch der Aufklärung wartet, war die, wieso Mikroorganismen, die wahrscheinlich stets im Rachen anwesend sind, mit einem

Male virulent werden. Hängt es von der Widerstandsfähigkeit des Patienten ab, ob eine Angina als katarrhalische, rheumatische oder septische auftritt? Wahrscheinlich hängt es von beiden Factoren ab, von der Widerstandsfähigkeit des Individuums und der specifischen Natur des infectiösen Agens.

Bisweilen hat G. rheumatisches Fieber im Anschluss an eine Tonsillotomie auftreten sehen. Bei Individuen mit rheumatischer Disposition bietet die Tonsillotomie keine Gewähr gegen weitere Anfälle von Rheumatismus ausser indirect dadurch, dass der allgemeine Gesundheitszustand sich bessert. Infection vom Rachen aus kann entstehen, ohne dass irgend welche localen Symptome vorhanden sind, ebenso wie Puerperalfieber infolge uteriner Infection entstehen kann mit ganz geringfügigen localen Anzeichen. Die localen Entzündungserscheinungen geben keinen Maassstab für die Tendenz zur Generalisirung der Infection.

Herbert Tilley (London) weist auf die Symptome hin, die infolge Resorption toxischer Producte bei chronischer Erkrankung der Nasennebenhöhlen auftreten können. Es tritt bei geeigneter localer Behandlung ausgesprochene Besserung jener Allgemeinsymptome, die in Apathie, Appetitlosigkeit etc. bestehen können, ein. William Hunter hat gezeigt, dass schwere Formen von Anämie die Folge solcher Affectionen sein können. In anderen Fällen litten die Patienten unter der Eiterresorption gar nicht. Möglicherweise machte in diesen Fällen eine gute functionirende Magenverdauung den verschluckten Eiter unschädlich.

Redner kommt dann auf die septischen Allgemeinerscheinungen zu sprechen, die sich bisweilen nach Cauterisation der unteren Muschel zeigen. Er citirt ferner einen Fall, in dem infolge mangelhafter Sorgfalt der grösste Theil des knorpligen Septums nach der Ash'schen Operation verloren ging. Er räth, um septische Intoxicationen zu vermeiden, dass man von der Tamponade der Highmorshöhle nach der Radicaloperation Abstand nehmen soll. Die Operation der Stirnhöhle ist, wenn sorgfältig ausgeführt, heutzutage ohne Gefahr; jedoch ist man zu dieser Sicherheit erst nach bösen Erfahrungen gelangt. Er kennt 15 Fälle, in denen nach Radicaloperation eines chronischen Stirnhöhlenempyems Tod infolge Sepsis eintrat. Die Ermöglichung einer ausreichenden Drainage durch die Wunde und durch die Nase ist von grosser Bedeutung, um dieser Complication vorzubeugen. Bei der Behandlung der Keilbeinhöhleneiterung ist das Curettement sehr gefährlich.

Auch nach Entfernung von adenoiden Vegetationen sieht man bisweilen septische Folgeerscheinungen. Redner erwähnt einen Fall, in dem in einem derben adenoiden Tumor ein Abscess entstand. Dieser brach einmal von selbst auf, ein andermal wurde er mit dem Finger eröffnet, und es entstand eine Infection der Oberkieferhöhle. Später wurden die adenoiden Vegetationen entfernt. Es folgte eine septische Hautentzündung mit einem scharlachförmigen Ausschlag. Es trat Heilung ein. Der Fall zeigt, wie allgemein septische Erscheinungen durch eine Eiterung im Nasenrachen entstehen können.

D. R. Paterson (Cardiff) lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von Albuminurie bei Patienten mit atrophischer Rhinitis. Er führt drei solche Fälle an. Fötider Ausfluss in den Nasenrachen scheint die Ursache zu sein. Jedoch kann andererseits Ozaena jahrelang ohne Schädigung der allgemeinen Gesundheit bestehen. In zwei Fällen des Redners trat secundäre Tuberculose ein. Eine

Quelle für allgemeine Infectionen bildet die Fossa supratonsillaris; es wird ein Fall mitgeteilt, in dem eine acute Nephritis durch Infection von dieser Stelle aus erfolgt zu sein schien.

R. Woods (Dublin) berichtet über einen Fall von primärer Nasentuberculose bei einer Frau. Die Nase wurde auf operativem Wege geheilt, jedoch trat dann eine Erkrankung des Larynx ein. Alles sprach dafür, dass die Infection von der Nase auf den Kehlkopf fortgeleitet war. Ferner erwähnt Redner einen Fall von Hodgkin's Krankheit, in dem die Erkrankung von den Tonsillen ihren Ausgang nahm, ferner zwei Fälle von virulenter Halsentzündung mit tödtlichem Ausgang, bei dem eine wegen vermeintlichen Abscesses in die Tonsille gemachte Incision wahrscheinlich die Eingangspforte für die Mikroorganismen abgab. Solche Incisionen in die Tonsille sollten nur gemacht werden, wenn sie keinen Schaden thun können.

Lamb (Birmingham) theilt einen Fall mit, der mit acuter Laryngitis und Oedem des Kehlkopfes begann und innerhalb einer Woche mit doppelseitiger Pneumonie tödtlich endigte. Er erklärt den Fall durch septische Infection. Die von Horne als besonders vulnerabel bezeichnete Stelle des Kehlkopfes hat ihm bereits vor vielen Jahren Chiari als die Prädilectionsstelle für Geschwüre bei Typhus bezeichnet.

Der Vorsitzende (Watson Williams) betont die Bedeutung der hyperplastischen Gaumenmandeln als Quelle für secundäre Anämie infolge Resorption toxischer Bacterienproducte in den Krypten. Die allgemeinen Symptome sind die gleichen wie bei chronischer Nebenhöhleneiterung. Er ist ferner überzeugt, dass das lymphatische Rachengewebe, obwohl oft eine Quelle der Gefahr, doch, wenn es gesund ist, eine werthvolle Schutzvorrichtung darstellt, die nicht ohne Noth entfernt werden sollte. Erwähnt wird noch die Beobachtung von Babes, wonach bisweilen Lungengangrän durch Infection von den adenoiden Vegetationen und Tonsillen entsteht, sowie die Fälle von Kocher, die zeigen, dass auch acute Osteomyelitis von den Tonsillen aus entstehen kann.

Dr. J. Lacy Firth (Bristol).

III. Briefkasten.

Zum Garcia-Jubiläum.

Die Sammlungen für diesen Zweck sind in vielversprechender Weise durch Beiträge der Londoner, Berliner und Französischen Laryngologischen Gesellschaften eingeleitet worden und auch private Beiträge sind bereits eingelaufen. Es darf gehofft werden, dass die Betheiligung eine ganz allgemeine sein wird.

Da der Herausgeber des Centralblatts Ende nächsten Monats eine Reise nach Amerika antritt, die ihn längere Zeit von London fernhalten wird, so bittet er, die Beiträge, die dem Unternehmen durch Vermittlung des Centralblatts zufliessen sollen, an die Hirschwald'sche Buchhandlung (68 Unter den Linden, NW. Berlin) gelangen zu lassen, die sich freundlichst bereit erklärt hat, solche Beiträge in Empfang zu nehmen, über sie zu quittiren, und sie schliesslich an den Schatzmeister der Londoner Laryngologischen Gesellschaft, der das Ehrenamt des Generalschatzmeisters für das Jubiläum übernommen hat, abzuführen.

Fünfzehnter Internationaler Medicinischer Congress.

Lissabon, April 1906.

Wir bringen im Folgenden die allgemeinen Directiven des Lissaboner Congresses, sowie die Zusammensetzung des Büreaus unserer Section zur Kenntniss. Wie man sieht, ist die Laryngo-Rhinologie dieses Mal nicht nur mit der Otologie, sondern auch mit der „Stomatologie" zu einer Gruppe vereinigt worden. Ob die „Stomatologie" auch die Krankheiten der Zähne einschliesst, ist nicht gesagt. Jedenfalls ist für die Zahnärzte keine besondere Section bestellt. — Wird sind es müde, periodisch gegen die Willkürlichkeiten der temporären Autoritäten bei diesen Gelegenheiten zu protestiren. Der Erfolg wird zeigen, ob die beliebte Politik eine weise ist. —

XV. Internationaler Medicinischer Congress (Lissabon, April 1906).

Wir empfangen soeben die erste Nummer des officiellen Blattes des XV. internationalen medicinischen Congresses, welcher in den Tagen vom 19. bis 26. April 1906 in Lissabon stattfinden soll. — Diese Nummer enthält die Statuten des Congresses, die Organisation der Sectionen und der Comités der verschiedenen Länder. — Bemerkenswerth ist in den Statuten der Artikel 2, welcher nur die Aerzte und die von den nationalen oder vom portugiesischen Comité vorgestellten Gelehrten zur Theilnahme am Congresse berechtigt. — Der Mitgliedsbeitrag ist 25 Franken, oder 20 Mark, oder 1 engl. Pfund.

Die Arbeiten des Congresses sind auf 17 Sectionen vertheilt:

1. Anatomie (beschreibende und vergl. Anatomie, Anthropologie, Embryologie, Histologie). 2. Physiologie. 3. Allgemeine Pathologie, Bakteriologie und pathologische Anatomie. 4. Therapie und Pharmakologie. 5. Medicin. 6. Pädiatrie. 7. Nervenkrankheiten, Psychiatrie und kriminelle Anthropologie. 8. Dermatologie und Syphilographie. 9. Chirurgie. 10. Medicin und Chirurgie der Harnorgane. 11. Augenheilkunde. 12. Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde; Stomatologie. 13. Geburtshülfe und Gynäkologie. 14. Hygiene und Epidemiologie. 15. Militärische Medicin. 16. Gerichtliche Medicin. 17. Colonial- und Schiffsmedicin.

Das Executiv-Comité hat die Absicht, alle officielle Rapporte vor der Eröffnung des Congresses drucken zu lassen; dieselben müssen infolge dessen vor dem 30. September 1905 dem General-Secreteriat zugesandt werden. Die freien Referate müssen vor dem 31. December 1905 eingesandt werden, wenn ihre Schlussfolgerungen vor dem Congresse gedruckt werden sollen.

Die officielle Sprache ist das Französische. In den General-Versammlungen, sowie in den Sectionen kann deutsch, französisch und englisch gesprochen werden. — Wie man ersieht, hat das Comité des Congresses das Portugiesische von den zugelassenen Sprachen ausgeschlossen; es geschah dies zum einzigen Zweck, die Zahl der im Congresse gesprochenen Sprachen möglichst zu vermindern; wo man sich selbst opfert, kann keine Susceptibilität vorhanden sein.

Präsident des Organisations-Comités ist Dr. M. da Casta Alemão und General-Secretär Dr. Miguel Bombarda; alle Subscriptionen müssen an Letzteren (Hospital de Rilhafolles, Lissabon) gesandt werden.

Section de laryngologie, rhinologie, otologie et stomatologie.

Président — M. Gregorio Fernandes.
Secrétaire responsable — M. Avelino Monteiro.
Secrétaire adjoint — M. Caldeira Cabral.
Membres — MM. Amor de Mello, Manoel Valladares, Manuel Caroça, Sant'Anna Leite.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, August. 1904. No. 8.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Wadsworth Warren. Neuere Fortschritte in der Laryngologie. (Recent progress in Laryngology.)** *Journal Michigan State Society. März 1904.*

Ein Ueberblick über die neuere den Gegenstand betreffende Literatur.

EMIL MAYER.

2) **John Bark. Einige laryngologische, rhinologische und otologische Erfahrungen. (Some laryngological, rhinological and otological experiences.)** *Lancet. 2. April 1904.*

Ansprache des Präsidenten vor der British Laryngological Association 11. März 1904. Ein Ueberblick über die Fortschritte in der Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, speciell vom chirurgischen Standpunkt aus.

ADOLPH BRONNER.

3) **U. A. Betti. Einige oto-rhino-pharyngologische Beobachtungen. (Alcune osservazioni di oto-rino-faringologia.)** *Gazett. Osped. e Chir. No. 37. 1904.*

I. Hämorrhagie aus der hypertrophischen Rachentonsille. Junger Mann, der an trockenem Husten und Würgreiz leidet, bekommt eine Blutung, der gegenüber sich alle Mittel als fruchtlos erweisen. Eine genaue Untersuchung ergiebt, dass der Sitz der Blutung in einer hypertrophischen Rachenmandel ist; Abtragung derselben; Heilung.

II. Behandlung der Ozaena: Zwei Fälle mit absolut negativem Erfolg mit Seruminjectionen behandelt; 5 Fälle, täglich durch Einlegen von Wattebäuschen, die in 10proc. Protargollösung getaucht waren, behandelt: Erfolg theils negativ, theils gering; in 15 Fällen hat Verf. gute Erfolge erzielt durch 10—15 Minuten langes Einlegen von Wattetampons, die mit folgender Lösung getränkt waren:

Jodi puri 0,20,
Kal. jodat. 0,40,
Glycerin 30,00.

Vorausgeschickt wird eine Ausspülung der Nase mit Kalipermanganatlösung (1 : 4000).

III. Hydrorrhoea nasalis erfolgreich mit Adrenalinpinselungen behandelt.

FINDER.

4) **James A. Patterson. Die Aetiologie und Behandlung der subacuten und chronischen katarrhalischen Affectionen der oberen Luftwege bei Kindern. (The aetiology and treatment of subacute and chronic catarrhal affections of the upper air in children.)** *N. Y. Medical Journal. September 1903.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass ein grosser Theil der chronischen Rachen-, Kehlkopf- und Trachealkatarrhe im kindlichen Lebensalter abhängig sind von Nasenkrankheiten, wie adenoiden Vegetationen, Irregularitäten in der Entwickelung des knorpeligen Gerüstes etc., deren Behandlung auch die Katarrhe zum Schwinden bringt.

LEFFERTS.

5) **S. Edwin Solly. Besondere Einwirkungen von Höhenklima auf Nase und Hals. (Special influences of the high altitudes on the nose and throat.)** *Journal of the American Medical Association. 14. November 1903.*

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen: Im Höhenklima erfordern Fälle, die während des Aufenthaltes in der Ebene ohne eine solche gut auskommen konnten, oft eine chirurgische Behandlung. Die Resultate der letzteren sind dort mindestens ebenso zufriedenstellend wie anderswo, nur muss man ganz besonders Acht darauf geben, dass alles secernirende Gewebe erhalten bleibt. Bei der atrophirenden Rhinitis kann man oft eine Verschlimmerung der localen Symptome constatiren, während der Allgemeinzustand sich merklich bessert; dagegen ist die hypertrophische Rhinitis mit vermehrter Secretion stets sehr gebessert.

EMIL MAYER.

6) **Justus Suiexon. Zufälle und Complicationen nach Operationen in Nase und Hals. (Accidents and complications following operations on the nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 26. December 1903.*

Verf. wendet sich gegen die auf dem Gebiete der Laryngologie und ganz besonders der Rhinologie an manchen Stellen noch herrschende operative Polypragmasie und gegen die oft nicht ungefährlichen Eingriffe, die hier ohne genügende Indication gewagt werden. Die Nase ist nach ihm in den Augen mancher Aerzte ein reines Versuchsfeld für Messer, Säge, Bohrer und Caustik.

Verf. bezeichnet es als einen der grössten Irrthümer, dass der Rhinologe, verführt durch die grossen Fortschritte auf dem Gebiete der allgemeinen Chirurgie, so selten den Versuch macht, durch constitutionelle Behandlung eine Zurückbildung hypertrophischer Gewebe oder ein Aufhören krankhafter Secretionen anzustreben, sondern sofort zum Messer greift. Ein weiterer schwerwiegender Irrthum besteht in der völligen Missachtung der physiologischen Functionen von Nase und Hals. Unglücklicherweise wird ein erheblicher Theil der intranasalen Operationen mehr aus kosmetischen denn aus constitutionellen Rücksichten unternommen und dabei auf die Function der Theile gar keine Rücksicht genommen.

Verf. illustrirt seine Ausführungen durch markante Beispiele.

LEFFERTS.

7) **Meyer** (Berlin). **Eigenthümliche Bewegungsphänomene in den oberen Luftwegen bei einem Tumor cerebelli (?).** *Berl. klin. Wochenschr. No. 22. 1903.*

Rhythmische Zuckungen, 140—150 per Minute, in der Zunge, am rechterseits paretischen Velum, an der rechten Stimmlippe (bei den respiratorischen Glottisveränderungen), die sämmtlich sogleich aufhören, wenn eine willkürliche Bewegung der Theile vorgenommen wird. Daneben fibrilläre Zuckungen in Zunge und Velum. Pat. war in psychiatrischer Behandlung, wobei sich der Verdacht auf Tumor cerebelli oder Tumor cerebri herausstellte. Vortr. glaubt, dass die geschilderten Bewegungsphänomene für Tumor cerebelli sprechen. ZARNIKO.

8) **Jul. Veis** (Frankfurt a. M.). **Die Bedeutung des Schnarchens.** *Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. Bd. XIII. H. 3. S. 321.*

Ausser dem Schnarchen bei offenem Munde, das eine Folge der Verstopfung der Nasenwege ist und ganz besonders bei Kindern vorkommt, erkennt Verf. auch ein Schnarchen bei geschlossenem Munde an, das „nur bei Erwachsenen vorzukommen scheint und da wieder mit Vorliebe bei corpulenten Männern mit kurzem, gedrungenem Hals und einer gewissen durch starke fleischige Entwickelung der Zunge und des Gaumens bedingten Enge des Schlundes. Bei solchen Individuen wird im Schlafe das erschlaffte Gaumensegel und besonders das Zäpfchen durch den inspiratorischen Luftstrom unter einem brummend-schnarrenden Geräusch nach unten gezogen, dagegen ist die Exspiration im Gegensatz zum Schnarchen bei offenem Munde vollständig geräuschlos".

Verf. bespricht die Folgen des Schnarchens, die lästigen subjectiven Symptome, die bei dem Schnarchen sich entwickeln, und die Wirkung desselben auf die oberen Luftwege und speciell die Rachenorgane. Besonders das Zäpfchen, das bald mehr ödematös blass, bald mehr dunkelroth, hyperämisch ist, zeigt eine so charakteristische Schwellung, dass es „auf den ersten Blick den Schnarcher verräth".

Für die Behandlung empfiehlt V. neben hygienisch-diätetischen Maassnahmen und event. nothwendiger Localbehandlung zur Freilegung der Nasenpassage das Anlegen einer einfachen Schnarchbinde (zu beziehen bei Gebr. Weil-Frankfurt a. M.). F. KLEMPERER.

9) **Sengbusch** (Riga). **Behandlung von Lupus mit Röntgenstrahlen.** *St. Petersburger med. Wochenschr. S. 56. 1903.*

Vorstellung einer Lupuspatientin, welche durch Röntgenstrahlen nahezu völlig geheilt worden ist. Sie wurde 37 mal 10 Minuten lang durchleuchtet. Nur das Geschwür am harten Gaumen hat sich nicht gebessert. P. HELLAT.

10) **V. Delsaux. Vorläufige Bemerkung zur Behandlung des Lupus der ersten Luftwege mit dem Radium. (Note préliminaire sur le traitement du lupus des premières voies aériennes par le radium.)** *La Presse oto-larynpol. Belge. No. 8. 1903.*

Siehe Bericht über die Jahresversammlung der Belg. oto-laryngol. Gesellschaft; Sitzung vom 6. und 7. Juni 1903. BAYER.

11) **S. Mendes da Costa** und **Th. Passtoors** (Amsterdam). **Gefahren der Behandlung von Epitheliom mit X-Strahlen. (Gevaren der behandeling van epithelioom met X stralen.)** *Med. Weekbl. XI. No. 4.*

Zwei Fälle von unverhältnissmässig starker Reaction auf X-Strahlenbehandlung bei Nasenepitheliom. In dem ersten Fall wurde bei der tertiär-luetischen Frau die Bestrahlung von einer starken Reaction, Induration und gummösem Zerfall gefolgt. Letzterer war so stark, dass alles epitheliomatöse Gewebe mit ausgestossen wurde. Unter specifischer Behandlung folgte vollständige Heilung.

Im zweiten Fall, bei einer Frau mit senilen Veränderungen in der Haut, folgte der Bestrahlung eine rapide Ausdehnung der epitheliomatösen Ulceration, infolge deren die ganze Nase und beide Lippen ins Ulcus aufgenommen wurden. Nach einigen Monaten Tod an Erschöpfung.

Ohne Zweifel sind in dem ersteren Falle die stärkere Lues, in dem letzteren senile Vorgänge in der Haut an der unverhältnissmässig starken Reaction der Bestrahlung Schuld. Weil aber senile Abweichungen gerade bei Epitheliom keine Seltenheiten sind, so bildet dieser Fall eine Mahnung zur Vorsicht bei der X-Strahlenbehandlung.

H. BURGER.

12) **Leopold v. Schrötter. Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen.** Wissenschaftlicher Catalog der an der k. k. III. med. Universitätsklinik in Wien befindlichen Sammlung. Herausgegeben von der k. k. III. med. Universitätsklinik. Mit einem Vorwort. Stuttgart 1901.

Nach Art eines wissenschaftlichen Katalogs sind die im Verlaufe von circa 30 Jahren in der Schrötter'schen Klinik beobachteten Fälle von Fremdkörpern in den Luftwegen und dem Oesophagus zusammengestellt. Es sind im Ganzen 130 Fälle ausführlich besprochen. 2 Fremdkörper waren in der Mundhöhle, 19 in den Gaumenbögen und den Tonsillen, 12 im Zungengrund und in den Valleculae, 24 an der Rachenwand und dem Sinus piriformis, 9 im Anfangstheil des Oesophagus, 15 im Kehlkopf, 11 in der Luftröhre und den Stammbronchien, 3 in den Bronchialästen, 17 in der Speiseröhre und 18 in der Nase.

Die Fülle des beigebrachten Materials, die Krankengeschichten, bei denen alles Ueberflüssige vermieden ist, endlich die übersichtliche Anordnung des Ganzen sichern der Arbeit das lebhafteste Interesse nicht nur der Specialisten, sondern auch weiterer chirurgischer Kreise.

Da es sich um einzelne casuistische Mittheilungen handelt, würde ein genaues Eingehen auf Einzelheiten zu weit führen, ein Studium des Originals kann nur warm empfohlen werden; insbesondere sind die Capitel, die die Fremdkörper im Larynx und in den Bronchien behandeln, der Beachtung werth.

EDMUND MEYER.

13) **A. Baurowicz** (Krakau). **Die Wanderung eines Fremdkörpers.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 187. 1903.*

Extraction einer Kugel aus dem mittleren Nasengang, die vor 4 Jahren bei einem Schuss in das Kinn durch den Mundboden neben der Zunge in den Oberkiefer eingedrungen und hier höchstwahrscheinlich nahe dem mittleren Nasen-

gange in dem Knochen des Nasenbeinfortsatzes des Oberkiefers stecken geblieben war.

F. KLEMPERER.

14) **Delie. Ueber die Entfernung von Fremdkörpern aus den ersten Athmungs- und Verdauungskanälen. (Sur l'extraction des corps étrangers des premières voies respiratoires et digestives.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1903.*

D. macht Mittheilung von:

1. 12 Fremdkörpern, welche er aus der Nase entfernt hat: Schuhknopf, Perle, Kirschkerne, abgebrochene Stahlfeder, deren Spitzen in die Nasenscheidewand eingedrungen waren; 5 cm langer Griffel; aufgequollenes Welschkorn, Bohnen, Kornähre, durch den Nasenrachenraum entfernt; Rhinolith, Sequester der unteren Muschel; eine im Nasenrachenraum fixirte Nadel und endlich eine Angel, welche sich an der Innenseite des Nasenflügelknorpels eingehakt hatte.

2. 6 Fällen von Fremdkörpern im Pharynx: Fischgräte, voluminöser, im Pharynx stecken gebliebener Hammelknochen; Fischgräte und Brotkruste, aus dem Sin. pyriformis entfernt; Angelstück, in der rechten Mandel eingehakt; Pharyngealparästhesie nach angeblicher Verletzung durch eine verschluckte Fischgräte; desgleichen nach einer solchen durch eine verschluckte Nadel. D. ist in den letzteren Fällen gegen die Anwendung von Anaestheticis; man solle auf die irrthümliche Idee der Kranken eingehen und eine rationelle Cur simuliren.

3. 2 Fällen von Kehlkopffremdkörpern: Stück Lakritze, aus dem Vestibulum laryngis eines 2jährigen Kindes mit dem Finger entfernt, und ein zwischen den beiden falschen Stimmbändern festsitzendes Knochenstück, dessen endolaryngeale Entfernung nicht gelang und die Thyreotomie in Chloroformnarkose benöthigte.

4. 4 Fällen von Fremdkörper im Oesophagus: Falsches Gebiss mit 2 Zähnen, entfernt vermittelst des Gräfe'schen Münzenfängers; desgleichen ein kupfernes 5 Centimestück; Hammelknochen, welcher 10 Tage im Oesophagus verweilt hatte; Tod wahrscheinlich durch Perforation der Oesophaguswand mit einer starren Olivensonde, welche der zuerst gerufene Arzt angewandt hatte, und endlich platter kupferner Knopf bei einem 3jährigen Kinde, zuerst in den Magen gestossen und dann nach Eingiessung von 300 g Wasser mit Glycerin ausgebrochen.

BAYER.

15) **R. L. Grünfeld** und **Holzknecht** (Wien). **Ueber die Entfernung von Fremdkörpern bei wechselndem Röntgen- und Tageslicht.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 9. S. 261. 1904.*

Die einzeitige Aufsuchung von Fremdkörpern im wechselnden Röntgen- und Tageslicht macht es möglich, die anatomisch und functionell günstigste Stelle zur Incision zu benutzen, auf dem kürzesten Wege zu dem fremden Körper zu gelangen und in jedem Momente durch einfache Umschaltung den Operationsgang zu controliren. Holzknecht und Robinson construirten einen radiologischen Operationstisch, der allen Anforderungen entspricht.

CHIARI.

b. Nase und Nasenrachenraum.

16) **Berger** (Paris). **Rhinoplastik nach der modificirten italienischen Methode. (Rhinoplastie par la méthode italienne modifiée.)** *Société de Chirurgie. 19. Mai 1902.*

Es handelte sich um einen jungen Mann, dessen Nase durch einen Pferdebiss total zerstört war. B. stellte die Nase wieder her durch einen vom Arm entnommenen Lappen, dem er einen zweiten an der Nasenwurzel gebildeten hinzufügte. Letzterer wurde zur Bildung einer Scheidewand benutzt und diente dazu, den Naseneingang mit normalem, nicht retractilem Gewebe zu umgeben.

PAUL RAUGÉ.

17) **William More** (Melbourne). **Zerstörung der Nase durch eine Schussverletzung. Wiederherstellung durch plastische Operation. (Destruction of nose by gun-shot accident. Restauration by plastic operations.)** *Intercolonial Medical Journal. 20. Februar 1903.*

Eine neue Scheidewand wurde durch Lappenbildung vom Arm gebildet, indem der Lappen über ein kurzes Stück Platindraht gerollt wurde und seine Ränder mit Rosshaar zusammengeheftet wurden. Die neue Nase wurde durch Thiersch-sche Transplantation vom andern Arm gebildet. Heilung war 3 Wochen später erzielt. Details sind im Original nachzulesen.

A. J. BRADY.

18) **Robert F. Steir. Nasendeformität durch Paraffininjectionen corrigirt. (Nasal deformity corrected by Paraffin injections.)** *N. Y. Medical Record. 23. Mai 1903.*

Es handelte sich um einen Fall von Sattelnase traumatischen Ursprungs, der durch Paraffininjection ausgezeichnet wiederhergestellt wurde. Das Paraffin wurde in 3 Theilen Olivenöl gelöst.

EMIL MAYER.

19) **Walker Downie. Die Anwendung von Paraffin zur Correction von Nasendeformitäten. (The employement of paraffin for the correction of nasal deformities.)** *Glasgow Medical Journal. Juli 1903.*

Verf. berichtet über eine weitere Serie von Erfahrungen mit Paraffinprothesen. Er bedient sich jetzt einer Mischung von hartem und weichem Paraffin, deren Schmelzpunkt bei 41° liegt. Die Nadel wird dadurch warm gehalten, dass sie mit einem Platindraht umwickelt ist, der vom elektrischen Strom durchflossen wird. Die Erwärmung des Drahts lässt sich durch einen Rheostaten reguliren. Bevor die Nadel herausgezogen wird, übergiesst man die Haut mit kaltem sterilisirtem Wasser; dadurch erhärtet das Paraffin und ein Austreten desselben aus der Punktionsöffnung wird vermieden.

A. LOGAN TURNER.

20) **Geo K. Grimmer. Die Behandlung von Nasendeformitäten durch subcutane Injectionen von Hartparaffin. (The treatment of nasal deformities by subcutaneous injection of hard paraffin.)** *Montreal Medical Journal. September 1903.*

Paraffin von 45° Schmelzpunkt wird bei einer Temperatur von 48—49° injicirt. Verf. hat niemals irgendwelche üble Folgen gesehen.

EMIL MAYER.

21) **J. Gregory Cornell. Die subcutane Injection von Paraffin zur Correction von Nasendeformitäten. (The subcutaneous injection of paraffin for the correction of deformities of the nose.)** *Journal American Medical Association. 19. und 26. September 1903.*

Verf. räth, die Nadel auf der Nasenspitze einzustechen, was eine grössere Freiheit in ihrer Handhabung ermöglichen soll, nachdem sie einmal unter die Haut gedrungen ist. Es ist besser, zu wenig, als zu viel auf einmal zu injiciren. In 6 Fällen war das erzielte Resultat gut bis auf einen, in dem eine Röthung der Haut bestehen blieb.

EMIL MAYER

22) **Harmon Smith. Subcutane Paraffininjectionen zur Correctur nasaler und sonstiger Nasendeformitäten. (Paraffin injected subcutaneously for the corrections of nasal and other deformities.)** *Journal American Medical Association. 26. September 1903.*

Die vom Verf. angegebene Spritze ist von weitem Durchmesser und sehr kurz, desgleichen ist die Canüle sehr kurz, so dass der Abstand von der die Nadel einstechenden Hand zur Einstichstelle gering ist, was eine leichtere Handhabung zur Folge hat. Der Spritzenstempel und alle andern Theile sind aus Metall und leicht sterilisirbar. Die Kolbenstange ist graduirt und kann mit einer Schraubenvorrichtung versehen werden. Wird diese angebracht, so kann der Spritzenstempel nicht mehr, wie vorher, ohne Weiteres auf- und abgeschoben werden, sondern kann nur langsam abwärts geschraubt werden, was zur Folge hat, dass das Paraffin nur langsam ausfliesst. Wenn das Paraffin halbflüssig ist, so kommt es in Form eines dünnen cylindrischen Fadens aus der Canüle, aber mit genügender Gewalt, um jedes nicht durch fibröse Stränge festgehaltene Gewebe hoch zu heben. Wird auf diese Weise das Paraffin langsam injicirt, so ist genügend Zeit vorhanden, um es zu kneten und zu modelliren und es besteht nicht die Gefahr der Hyperinjection.

Die besten Resultate hatte Verf. nach Injection von Paraffin von 44—45° Schmelzpunkt. Bisweilen sind mehrere Injectionen nöthig.

Seitdem Verf. sich der oben beschriebenen Spritze bedient, lässt sich constatiren, dass die zur Injection nöthigen Paraffinmengen höchst geringfügig sind. Verf. hat auch einen Paraffinsterilisator angegeben. Nach der Injection werden die Theile mit Aether besprayt, die Einstichöffnung mit Collodium verklebt und 12—24 Stunden lang Eisumschläge gemacht. Bleibt die Röthung bestehen, so wird 25proc. Ichthyolsalbe applicirt.

EMIL MAYER.

23) **A. W. Morton. Paraffininjection zur Correction von Nasendeformitäten. (Injection of paraffin for the correction of deformities.)** *American Medicine. 24. October 1903.*

In einigen Fällen wurde vier Monate nach der Paraffininjection die Section gemacht. Der Befund ergab, dass die Injectionsmasse bald verschwindet; ob dieses Verschwinden die Folge eines chemischen Vorgangs ist oder ob die Masse durch die Leukocyten fortgeschleppt wird, lässt sich nicht entscheiden.

Verf. behandelt die bekannten Gefahren der Injection und ihre Vermeidung. Er verfügt über 23 mit bestem Erfolg behandelte Fälle von Sattelnase.

EMIL MAYER.

24) **Wendel** (Marburg). **Das Paraffin als subcutane Prothese.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. 1903.*

Vortrag im Aerztlichen Verein. Bei einem durch Aufmeisselung einer Stirnhöhle entstandenen Knochendefect wird Injection nach Gersuny demonstrirt.

ALBANUS (ZARNIKO).

25) **Sokolowsky** (Königsberg i. Pr.). **Ueber unsere bisherigen Paraffinerfolge bei Nasendeformitäten und retroauriculären Defecten.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 42. 1903.*

In der Gerber'schen Klinik ergaben Paraffin-Injectionen nach Gersuny und Moszkowicz bei einer typischen und einer angedeuteten Lorgnettnase sehr gute Erfolge, bei einer angedeuteten Lorgnettnase fast vollkommene Correctur, bei zwei Fällen von combinirter Sattel- und Lorgnettnase und bei einer typischen Stumpfnase mässige Erfolge. Bei drei retroauriculären Oeffnungen liess sich guter Schluss erzielen. Kein übler Zufall bei den 9 Fällen.

ALBANUS (ZARNIKO).

26) **Eckstein** (Berlin). **Vaselin- oder Hartparaffinprothesen?** *Deutsche med. Wochenschr. No. 52. 1903.*

Verf. betont gegenüber Stein, der die Vorzüge des von Gersuny empfohlenen Vaselins hervorhob, die Nachtheile und Gefahren desselben, und die Vortheile und Gefahrlosigkeit (154 Fälle mit etwa 1000 Einzelinjectionen ohne üblen Zufall) des Hartparaffins.

ALBANUS (ZARNIKO).

27) **J. Joseph** (Berlin). **Einige Bemerkungen zur Publication Gersuny's: „Ueber einige kosmetische Operationen".** *Wien. med. Wochenschr. No. 1. 1904.*

J. constatirt, dass er im Jahre 1898 die erste gelungene totale Nasenverkleinerung publicirt hat und vermisst die Anführung dieser Thatsache in Gersuny's diesbezüglicher Publication. U. A. hält der Autor den von ihm angegebenen Längsschnitt bei gewissen operativen Formveränderungen der Nase für vortheilhafter als den von Gersuny empfohlenen Querschnitt — vor allem hinsichtlich der Narbenbildung. Für totale Nasenverkleinerungen und solche der unteren Hälfte der Nase einschliesslich der Nasenlöcher sei die von Joseph angegebene Schnittführung (umgekehrtes V resp. Y) unumgänglich. — Nach Paraffininjectionen zum Zwecke einer Nasencorrectur sah J. wiederholt Teleangiectasien, Schwellungszustände und Höcker, auch Verlagerungen des Paraffins oft erst nach Monaten auftreten.

CHIARI-HANSZEL.

28) **Weiss** (Stuttgart). **Kosmetische Prothese einer Sattelnase durch Paraffin-Injection.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 7. 1904.*

Zur Correction einer Sattelnase benutzte Verf. Paraffin von ca. 57° Schmelzpunkt. Um der Unannehmlichkeit einer venösen Injection zu entgehen, stiess er zuerst von der Nasenwurzel her eine gewöhnliche Kanüle ein und liess diese bis

zur Injection stecken. Diese führte er aus mit einer gegen die Zimmertemperatur möglichst geschützten Kanüle und Spritze. SEIFERT

29) **Wm. P. Northrup. Naseniutubation zur Erleichterung von Dyspnoe infolge von acuter Nasenrachen-Schwellung von Kindern. (Nasal intubation for relie of dyspnoe due to acute naso-pharyngeal swelling in infants.)** *N. Y. Medical News. 6. Juni 1903.*

In einem Fall von extremer Dyspnoe bei einem Kind in Folge von acuter Schwellung der Mandeln und im Nasenrachen gelang es Verf., als man schon glaubte, zur Tracheotomie schreiten zu müssen, dadurch Erleichterung zu verschaffen, dass er Gummidrains in die Nase einführte. Unmittelbar danach fiel das Kind in einen ruhigen Schlaf. Die Drains blieben 24 Stunden lang liegen. Nach ihrer Entfernung wurde das Kind sofort wieder cyanotisch und die Drains wurden wieder eingeführt. Es trat Heilung ein. LEFFERTS.

30) **Blau** (Görlitz). **Beitrag zur Casuistik der Retropharyngealabscesse nach acuter Mittelohrentzündung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 14. 1903.*

Bei einem einjährigen Kinde bildet sich am 5. Tage nach dem Auftreten eitrigen Ohrenflusses eine starke fluctuirende Schwellung im Nasenrachen und Rachen, die zu hochgradiger Athmungsstörung und Behinderung der Nahrungsaufnahme führt. Bei Druck auf die Schwellung entleerte sich reichlich Eiter aus dem Ohre. Incision, bei der viel Eiter zu Tage kam. Schnelle Heilung sowohl des retropharyngealen Abscesses wie auch der Otorrhoe. — Vermuthlich war der Eiter längs der Tube nach dem Rachen fortgekrochen. ZARNIKO.

31) **Hanszel. Retropharyngealabscess als Complication einer Nasenhöhlenerkrankung. (Abscès du rétro-pharynx compliquant une sinusite nasale.)** *Annales des maladies de l'oreille etc. p. 356. 1903.*

Titel besagt den Inhalt. E. J. MOURE.

32) **J. A. Watson. Retropharyngealabscess bei Erwachsenen. (Retropharyngeal abscess in adults.)** *Northwestern Lancet. 1. Juni 1903.*

Bericht über einen Fall; Verf. hat deren in der Litteratur nur 16 aufgefunden. EMIL MAYER.

33) **Guiseppe Caccia. Ein ungewöhnlicher Fall von doppeltem Retropharyngealabscess. (Un caso non comune di duplice ascesso retro-faringeo.)** *Sezione Toscana della Società Italiana di Pediatria. 23. Juni 1903.*

Verf. erzählt den Fall eines 2jährigen Knaben, der mit heftigen Athembeschwerden in die Klinik gebracht wurde. Vor 20 Tagen Scharlach mit Drüsen unter und hinter dem Kiefer. Es wurde ein Retropharyngealabscess auf der rechten Seite diagnosticirt, der incidirt wurde, worauf massenhaft Eiter sich entleerte. Die Respirationsbehinderung blieb jedoch bestehen. Nochmalige Untersuchung, erhebliche Schwellung in der Medianlinie des Nasenrachens, die sehr hart war und fast völlig das Vestibulum laryngis verlegte, so dass am folgenden Morgen die Tracheotomie gemacht werden musste. Nach 2 Tagen hatte sich der

Abscess so weit erweicht, dass er incidirt werden konnte, worauf viel Eiter abfloss und Heilung eintrat.

FINDER.

34) **Depage. Notiz über einen Fall von Exstirpation eines Nasenrachenpolypen auf Mund-Nasen-Wangenwege; neue Methode. (Note sur un cas d'extirpation d'un polype nasopharyngien par voie naso-bucco-jugale [méthode nouvelle].)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 24. 1903.*

18jähr. junger Mensch mit einem Nasenrachenpolypen, bei welchem die Elektrolyse vergeblich angewandt, nicht einmal die Weiterentwicklung der Neubildung verhindern konnte; Gesichtsdeformation mit Hervortreten der Reg. jugotemporal., r. Exophthalmus; unmittelbar unter dem Wangenbein konnte man einen Knoten von Wallnussgrösse fühlen, herrührend von der Fortpflanzung des Tumors nach der Fossa zygomatica.

Operation: 1. Präventivtracheotomie; 2. Rose'sche Kopflage mit Offenhalten des Mundes vermittelst des Whitehead'schen Mundsperrers; 3. Einführen eines langen Hohlmeissels durch die Nase unter der Leitung des durch den Mund eingeführten Zeigefingers; Lostrennung des Tumors von der Schädelbasis und der Flügelbeinapophyse, wobei die heftige Blutung eine provisorische Tamponade des Nasenrachenraumes benöthigte; 4. vertikale 4—5 cm lange Incision der Wangenschleimhaut vor dem aufsteigenden Unterkieferaste bis auf das darunter gelegene Zellgewebe; darauf wird der Tumor mit dem durch die Wunde eingeführten Zeigefinger so gut als möglich ausgeschält. In diesem Augenblick wird der Nasenrachentampon entfernt und während man den durch die Wangenwunde mit der Zange gefassten Tumor hin und her zerrt, wird er vermittelst des Hohlmeissels im Grunde losgelöst und mit seiner ganzen Masse einschliesslich der Rachenportion zu Tage befördert. Die heftige Blutung während der Operation kam sofort nach Entfernung des Tumors zum Stillstand, die Kanüle wurde nach 5 Tagen entfernt und nach 8 Tagen war vollständige Heilung eingetreten.

BAYER.

35) **E. Fischer** (Luxemburg). **Ein Fall von Nasenrachenpolyp. (Un cas de polype nasopharyngien.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 12. 1903.*

F. gelang es im Februar 1903 in der Bromäthylanästhesie mit der einfachen Gottstein'schen Curette die Entfernung eines Nasenrachenfibroms vorzunehmen, indem er diese zwischen Gaumensegel und Tumor einführte und mit einem Zug den Stil der Geschwulst durchtrennte, so dass das Fibrom in die Mundhöhle fiel. Er nahm darauf noch eine energische Reclage mit dem Lange'schen Instrument vor; die geringfügige Blutung kam nach einigen Minuten zum Stehen. F. empfiehlt das Verfahren wegen seiner Einfachheit, natürlich dürften keine Adhärenzen der Geschwulst mit den Choanen das Einführen der Curette unmöglich machen.

BAYER.

36) **Maschenke. Ein Fall von Pyämie nach Operation eines Nasenrachenpolypen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 7. 1904.*

45jährige Frau, bei der sich nach Operation eines Fibroms des Nasenrachenraums primäre, allgemeine zum Tode führende Streptokokkenpyämie entwickelte;

im Nasenrachenraum fand sich kein Zeichen der Entzündung, die Wundfläche in reaktionsloser Verheilung begriffen. SCHECH.

37) **Vaquier. Die normale Rachenmandel. (Amygdale pharyngée normale.)** *Archiv. Internat. de Laryngologie, Otol. etc. p. 699. 1903.*

Beschreibung der Rachenmandel in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten. E. J. MOURE.

38) **E. Zuckerkandl. Ueber Knorpel in der Pharynxtonsille.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1904.*

Nachweis von Knorpel in der Pharynxtonsille eines Löwen: die Knorpel sind hyalin und vom Perichondrium umschlossen; regelmässig ist aber der Befund von Knorpel in der Pharynxtonsille des Löwen nicht. SCHECH.

39) **Ernst Barth** (Sensburg). **Die Hypertrophie der Rachentonsille bei Soldaten und ihre Beziehungen zur Rhinitis hypertrophica und Pharyngitis chronica.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. H. 1. p. 82. 1903.*

Barth stellt bezüglich des Vorhandenseins der Rachentonsille 4 Kategorien auf: bei der 1. ist eine aus dem Niveau der Rachenschleimhaut herausragende Rachentonsille nicht mehr vorhanden; bei der 2. besteht ein aus dem Niveau herausragendes Granulationspolster; bei der 3. eine die Concavität zwischen hinterer Rachenwand und Rachendach ausfüllende Wucherung, die bis an den oberen Rand der Choanen heranreicht; bei der 4. füllt die Wucherung den ganzen oberen Rhinopharynx aus, dergestalt, dass ihre vordere Fläche einen Theil der Choanen bedeckt.

Von 561 Rekruten, die B. untersuchte, zeigten Rachentonsillen der 1. Kategorie 32,0 pCt., der 2. Kategorie 36,8 pCt., der 3. Kategorie 21,4 pCt., der 4. Kategorie 9,8 pCt.

Ausserdem constatirte B. einen Einfluss der adenoiden Vegetationen auf die Entwicklung von Rhinitis hypertrophica; besonders die Hypertrophie der hinteren Muschelenden findet sich um so öfter, je stärker die Hypertrophie der Rachentonsille. — Die Gaumentonsillen fanden sich bei den Soldaten unvergleichlich seltener hypertrophirt als die Rachenmandel, nur bei 10 pCt., davon 5 pCt. doppelseitig, 5 pCt. einseitig. — Pharyngitis fand sich sehr häufig, bei 30—40 pCt., und zwar nicht als idiopathische Pharyngitis, sondern als begleitender Zustand bei Rhinitis hypertrophica, Adenoiden, Deviationen des Septum; Pharyngitis sicca war bei 2 pCt. vorhanden. F. KLEMPERER.

40) **Sabrazès. Die Beschaffenheit des Blutes bei Kindern mit Adenoiden vor und nach der Operation. (Etat du sang des adénoidiens avant et après l'opération.)** *Gaz. hebdom. des Sc. Méd. de Bordeaux. 26. Juli 1903.*

Verf. erinnert gelegentlich der Arbeit von Takabatake an seine eigene Arbeit, die zeigte, dass der Hämoglobingehalt des Blutes nach der Operation steigt.

E. J. MOURE.

41) **Jörgen Müller** (Kopenhagen). **Bemerkungen über die seitlichen adenoiden Vegetationen und Beschreibung eines Instruments zu ihrer Abtragung. (Note sur les végétations adénoides latérales et description d'un nouvel instrument pour leur ablation.)** *Annales des Mal. de l'oreille, du larynx etc. August 1903.*

Verf. giebt zwei Curetten an, die eine für Vegetationen, die an der linken, die andere für solche, die an der rechten Seite sitzen. E. J. MOURE.

42) **G. Lockhart Gibson** (Brisbane-Queensland). **Rückblick auf persönliche Erfahrungen über Entfernung von Nasenrachengeschwülsten. (A retrospect of the removal of postnasal growths.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. September 1903.*

Verf. bedient sich folgender Methoden zur Entfernung der adenoiden Vegetationen:

1. Kinder von 2 Wochen bis 2 Jahren — keine Anästhesie, Entfernung mit dem unarmirten Finger. 2. Kinder unter 14 Jahren — complete Chloroformnarkose bei hängendem Kopf — eine Gibson'sche Kopfstütze ist dazu an dem Operationstisch angebracht. Operation mit einem auf den Finger passenden Stahlnagel. 3. Kinder über 14 Jahre und Erwachsene — Locale Anästhesie, Nachvornziehen des Gaumensegels, Anwendung der Loewenberg'schen Zange.

Verf. hat die Chloroformnarkose in mehr als tausend Fällen ohne Schaden angewandt und würde ohne dieselbe nicht operiren. Unter ihrer Einwirkung erschlaffen die Halsmuskeln, die durch die Contraction derselben bewirkte venöse Stauung lässt nach und dadurch wird die Blutung verringert.

Eine kleine Geschwulst in der Rosenmüller'schen Grube verursacht eher Mittelohrerkrankungen, als ein grosser Tumor in der Mitte. A. J. BRADY.

43) **J. W. Hamilton** (Adelaide). **Ein Rückblick auf persönliche Erfahrungen über die Behandlung von Nasenrachengeschwülsten. (A retrospect of personal exsperiences of the treatment of postnasal growths.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. September 1903.*

Verf. theilt die Nasenrachengeschwülste erstens in solche, die primär sind und die, wenn die Symptome es erfordern, ohne weiteres zu entfernen sind und zweitens solche, die zu intranasalen Veränderungen secundär hinzukommen, Veränderungen, die in Angriff genommen werden müssen, bevor die Entfernung der Geschwülste unternommen wird.

Von den Symptomen, die an diese Geschwülste geknüpft sind, hängen der persistirende Kopfschmerz, die Anorexie, das schlechte Allgemeinbefinden von einer Auto-Intoxication ab, die zu einer Lymph- und Venenstauung in den Centralnervenorganen führt.

In Bezug auf die Beschränkung der Hörfähigkeit kann eine lateral gelegene kleine Geschwulst von grösserer Bedeutung sein, als eine centrale grosse.

Bei der Aetiologie spielen lymphatische Constitution, hereditäre Lues und Tuberculose eine hervorragende Rolle.

Bisweilen können adenoide Vegetationen durch eine Prominenz der Cervicalwirbel vorgetäuscht werden. Als Residuen der Geschwülste findet man oft im späteren Leben postnasale Synechien, die sehr schwer zu beseitigen sind.

Nach unvollkommen ausgeführten Operationen sind Recidive sehr häufig, sonst sind sie ungemein selten.

Was die Narkose betrifft, so hält Verf. das Chloroform nicht für ungefährlich, da sein Gebrauch bei Operationen in den oberen Luftwegen bisweilen unangenehme Folgen hatte. Lymphatische Constitution, die so oft die Ursache für adenoide Vegetationen abgiebt, soll eine Contraindication gegen seine Anwendung sein, da bei solchen Kindern Chloroformtodesfälle besonders häufig sind. Verf. hat 10 Jahre lang ausschliesslich sich des Lachgases entweder allein oder in Verbindung mit Sauerstoff bedient; die 40 Secunden anhaltende Narkose reicht für Tonsillotomia duplex und Entfernung der adenoiden Vegetationen aus. Zuerst werden die Tonsillen amputirt und dann mit einem Schnitt die Nasenrachengeschwülste mittelst des Gottstein-Beckmann'schen Messers entfernt; etwa bestehende Synechien werden mit dem Finger gelöst.

Verf. entfernt gewöhnlich Tonsillen und Vegetationen in einer Sitzung.

Die Erfahrung in Bezug auf Lachgas als Anaestheticum erstreckt sich auf 3000—4000 Fälle.

A. J. BRADY.

44) **A. J. Brady** (Sidney). **Rückblick auf persönliche Erfahrungen über die Entfernung von Nasenrachengeschwülsten. (Retrospect of personal experiences of the removal of postnasal growths.)** *Intercolonial Medical Journal Australasia. 20. September 1903.*

Die Erfahrung erstreckt sich über 14 Jahre und auf 3294 Fälle von Operation adenoider Vegetationen unter Anwendung verschiedener Anaesthetica. Unter diesen Fällen war kein Todesfall, einmal war eine ernstliche Complication von Seiten des Mittelohrs, keine sekundäre Blutung. Zwei Fälle von Sekundärblutung wurden nach Operation unter lokaler Anästhesie beobachtet; beidemal konnte man der Blutung leicht Herr werden. Sie wurden auf unvollkommene Entfernung der Geschwulst zurückgeführt.

Was die Indication zur Entfernung der Vegetationen anbelangt, so ist eine solche bei grossen, die Nasenathmung behindernden Geschwülsten selbstverständlich, wogegen kleine nur entfernt werden sollen, wenn durch sie ein Nasenrachenkatarrh unterhalten wird. Da Kinder mit normalem Gehör einen gewissen Ueberschuss an Hörvermögen besitzen, kann es zu einem Verlust dieses Ueberschusses von Gehörkraft kommen, ohne dass dieser Verlust bemerkt wird. Personen in mittlerem Lebensalter mit vernachlässigten Adenoiden zeigen mehr oder minder Schwerhörigkeit. Die einzigen Residuen von einst vorhandenen Adenoiden können in Adhäsionen zwischen der oberen Tubenwulstlippe und dem Nasenrachen bestehen.

Verf. ist der Ansicht, dass der ungünstige Einfluss, den die adenoiden Geschwülste haben, nicht ausschliesslich auf die durch ihre Anwesenheit bedingte Nasenverstopfung zurückzuführen ist. Er nimmt eine innere Secretion an, die für den Gesammthaushalt des Organismus von Bedeutung ist; wenn diese in Folge excessiver Entwickelung des adenoiden Gewebes gestört ist, so tritt ein Zustand der Autointoxication ein und auf eine Wiederholung der normalen Secretion ist auch zum grossen Theil der wohlthätige Einfluss der Operation zurückzuführen.

Abgesehen von einigen Fällen, in denen Lachgas allein oder mit Sauerstoff zur Nekrose gebraucht wurde, hat Verf. der Chloroformnarkose den Vorzug gegeben. Sie ermöglicht nach seiner Ansicht eine gründlichere Entfernung der Geschwülste und ist in geübten Händen ungefährlich. Die grösste Gefahr besteht in der Asphyxie, wenn bei dem Patienten, der in den adenoiden Vegetationen bereits ein Athemhinderniss hat, noch die Zunge zurücksinkt. Obwohl keine Luft mehr eingeathmet wird, können die Athembewegungen noch eine Zeit lang fortgesetzt werden, was den Unerfahrenen leicht täuscht.

Sind sehr grosse Tonsillen vorhanden, so sollen sie mindestens eine Woche vor Entfernung der adenoiden Vegetationen amputirt werden. AUTOREFERAT.

45) **James W. Barrett** (Melbourne). **Persönliche Erfahrung über Nasenrachengeschwülste und ihre Behandlung. (Personal experience of postnasal adenoids and their treatment.)** *Intercolonial Medical of Australasia. 20. September 1903.*

Verf., der auf eine zwanzigjährige Erfahrung zurückblickt, findet, dass in dieser Zeit eine deutliche Abnahme der Schwerhörigkeit in Folge von Mittelohr- und Warzenfortsatzeiterung zu konstatiren ist und schreibt diese Thatsache auf Rechnung der jetzt allgemein geübten systematischen Entfernung der adenoiden Vegetationen bei Kindern.

Verf. verurtheilt die Anwendung von Chloroform. In Victoria ist eine Anzahl von Todesfällen bei Adenoid-Operation vorgekommen, die auf Gebrauch von Chloroform zurückzuführen sind. Ferner kamen ein paar Todesfälle in Folge von Blutung und Septikämie vor (!!).

Lachgas ist bei richtiger Anwendung ein sicheres und wirksames Narcoticum; 30 Sekunden genügen zur Vornahme der Operation. In einem Fall trat nach Gasnarkose eine schwere Blutung ein, die aber durch Tamponade gestillt werden konnte. Sie wurde zurückgeführt auf Verletzung eines stark hyperplastischen hinteren Muschelendes. (Solche Gewaltwirkung kann bei Gasnarkose, wo die Rachenmuskeln in einem Zustand von Spasmus sich befinden und der Patient während der Operation sich sträubt, vorkommen. Ref.)

Wo adenoide Vegetationen und Tonsillarhypertrophie vorkommen, findet Verf. nur die Entfernung der ersteren nothwendig, da die Tonsillen nachher von selbst kleiner werden. A. J. BRADY.

46) **George B. Word. Die Complicationen der Hypertrophie der Rachenmandel. (The complications of hypertrophy of the pharyngeal tonsil.)** *American Medicine. 3. October 1903.*

Die Rachentonsille ist nicht als einfache Anhäufung von lymphatischem Gewebe, sondern als ein besonderes ausgebildetes Organ zu betrachten, dessen erste Spuren man bei Embryonen von 6—7 cm Länge findet, wo es eine grubenförmige Einsenkung am Rachengewölbe darstellt. Um diese epitheliale Einstülpung häufen sich Lymphzellen, bis diese Anhäufung Form und Grösse der Rachenmandel annimmt. Verf. hält die Bedeutung der normalen Tonsille für den Gesammtorganismus für sehr unwesentlich, während er der hypertrophirten eine grosse pathologische Bedeutung für die Beschaffenheit des Blutes zuschreibt. Er theilt die

Complicationen in mechanische und infectiöse. In einer Tabelle giebt er die Hauptsymptome bei 149 Fällen seiner Beobachtung wieder, nämlich Nasenverstopfung (18 pCt.), Hörstörungen (42 pCt.), Husten (30 pCt.) und Kopfschmerzen (28 pCt.).

EMIL MAYER.

47) **J. Q Stucks. Adenoide des Nasenrachenraums. (Nasopharyngeal adenoids.)** *N. Y. Medical News. 31. October 1903.*

Verf. führt aus, dass die Hyperplasie der Rachenmandel von weit grösserer Bedeutung für den Gesammtorganismus sei, als die Hyperplasie der Gaumenmandeln. Bisweilen kehren, wenn erstere entfernt ist, die Gaumenmandeln von selbst zu ihrer normalen Grösse zurück.

LEFFERTS.

48) **Eugene W. Davis. Die Behandlung von Erkrankungen der Rachenmandel bei Erwachsenen. (The treatment of diseased faucial tonsils in the adult.)** *N. Y. Medical Journal. 31. October 1903.*

Verf. bevorzugt zur Entfernung der hyperplasirten Rachenmandel das von Freeman (Philadelphia) angegebene Instrument.

LEFFERTS.

49) **Mongardi. Beitrag zur Casuistik der adenoiden Vegetationen. (Contributo alla casuistica delle vegetazioni adenoidi.)** *Soc. Ital. di Pediatria. 20. December 1903.*

Ein 6jähriger Knabe mit wiederholten Anfällen von Laryngospasmus, 2jähriges Mädchen mit convulsivischen Anfällen, Laryngospasmus und Trismus, 7jähriger Knabe mit choreatischen Bewegungen des Kopfes begleitet von Respirationskrampf: alle geheilt durch Entfernung adenoider Vegetationen.

FINDER.

50) **Vittorio Grazzi. Ueber adenoide Vegetationen im Allgemeinen und ihre Beziehungen zu Ohrenleiden im Besonderen. (Sulle vegetazioni adenoidi in generale e piu particolamente sui loro rapporti colle otopatie.)** *La Clinica Moderna. No. 4—7. 1903.*

Unter den Patienten, die die Ambulatorien des Verfassers in Florenz und Pisa aufsuchten, fanden sich 6 pCt. mit adenoiden Vegetationen; fast bei allen diesen fanden sich catarrhalische Mittelohrerkrankungen verschiedener Form, Eiterungen mit grossen Trommelfellperforationen, bisweilen auch endocraniellen Complicationen. In Bezug auf die Aetiologie der adenoiden Vegetationen hat Verf. in letzter Zeit besonders auf den von anderer Seite behaupteten Zusammenhang zwischen jenen und Schilddrüsenerkrankungen geachtet, ist aber niemals im Stande gewesen, einen solchen Zusammenhang nachzuweisen.

Von besonderem Interesse sind die Ausführungen des Verf.'s über den Zusammenhang von adenoiden Vegetationen mit Ohrerkrankungen. Er glaubt, dass viele Fälle von Schwerhörigkeit bei Erwachsenen auf Nachwirkungen der in der Jugend vorhandenen adenoiden Vegetationen zurückzuführen sind, auf mangelhafte Involution, nicht radicale Operation, peritubare Operationsnarben. Ein Unterschied zwischen Erwachsenen, die G.'s Forschung nach gar nicht so ungemein selten Träger von Nasenrachenvegetationen sind, und Kindern besteht darin, dass man bei diesen die katarrhalischen, secernirenden Otitiden, bei jenen mehr die

trockenen, hyperplastischen, sklerosirenden Formen, die sich aus ersteren entwickeln, vorfinden.

Verf. führt die Symptome von seiten des Gehörorgans, die sich bei adenoiden Vegetationen vorfinden, auf anatomische, physiologische und pathologische Factoren zurück.

Als anatomische Ursachen wird der Sitz der Vegetationen in der Rosenmüller'schen Grube und an den Tubenmündungen bezeichnet; ferner ist Verf. der Ansicht, dass die durch die adenoiden Vegetationen hervorgerufene Veränderung der Gesichtsknochen, speciell des Oberkiefers, ungünstig auf das Gehör einwirken.

Als Folge gestörter physiologischer Function führt Verf. an, dass infolge der Nasenverstopfung eine Inactivität der Tube und eine mangelhafte Durchlüftung des Mittelohres eintritt, was dann die bekannten Folgeerscheinungen nach sich zieht. Hierher gehört auch die Functionsbehinderung des Gaumensegels, dessen Contractionen auf die Erweiterung der Tubenöffnung einwirken und das diese Function bei Kindern mit adenoiden Vegetationen nur mangelhaft erfüllen kann. Ferner ist hierher zu rechnen auch die Hyperämie und Stase im Mittelohr, bewirkt durch den Druck der Geschwulstmassen auf die Rachenvenen.

Die letzte Gruppe von Factoren, die bei adenoiden Vegetationen das Gehör beeinflussen, fasst Verf. zusammen als die pathologischen. Er spricht von der Ausbreitung einer Entzündung des adenoiden Gewebes (Adenoiditis) durch die Tube auf das Mittelohr. Schädliche Folgen für das Ohr hat es auch, wenn die Patienten sich anstrengen, das infolge der adenoiden Vegetationen in den Choanen stagnirende Secret durch gewaltsame Exspirationen herauszubefördern. Das stagnirende Secret giebt einen ausgezeichneten Nährboden für pyogene Keime, die von dort in das Mittelohr eindringen. Schliesslich ist nicht zu vergessen, dass adenoide Vegetationen und Otitis häufig auf eine gemeinsame Ursache, nämlich die schlechten Allgemeinbedingungen des Organismus, Oligämie und Lymphatismus zurückzuführen sind.

FINDER.

51) **Y. Arslan. Chirurgie der adenoiden Geschwülste. (Chirurgia dei tumori adenoidi.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio, della gole e del naso. No. III. 1904.*

Verf. lässt vor der Operation Nase und Nasenrachen mit einer alkalischen antiseptischen Lösung reinigen. Er bevorzugt die Operation in Narkose und zwar bedient er sich mit Vorliebe des Bromäthyls, das er in ca. 3000 Fällen angewandt hat.

Wenn die Kinder auch nach Entfernung der Geschwülste noch nicht durch die Nase athmen, so lässt Verf. sie Nachts eine Binde tragen, die den Mund verschliesst. Ferner lässt er durch einen Waldenburg'schen Apparat, der mittelst zweier olivenförmiger Glasansätze mit den Nasenlöchern verbunden ist, forcirt durch die Nase ein-, und durch den Mund ausathmen.

FINDER.

52) **Depangher** (Triest). **Ueber ein zweckmässiges Instrument zur Entfernung adenoider Vegetationen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 47. 1903.*

Ein zangenartiges Instrument, dessen Vortheile dem Gottstein'schen Ringmesser gegenüber darin bestehen sollen, dass die Vegetationen mit dem Instru-

mente zugleich herausbefördert werden, dass eine Verletzung der Tubenwülste ausgeschlossen ist, dass die Wundfläche glatt ist und die Operation in einem Rucke ausgeführt ist.

CHIARI.

53) **Ad. Valentin** (Bern). **Die cystoskopische Untersuchung des Nasenrachens oder Salpingoskopie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 3. S. 410. 1903.*

Verf. besichtigt den Nasenrachen durch ein kleines Cystoskop, das er durch den unteren Nasengang in den Nasopharynx einführt. Das richtigste Bild der neuen Untersuchungsart ist das der Umgebung der pharyngealen Tubenöffnung. Verf. giebt Abbildungen derselben in der Ruhelage, sowie bei der Phonations-, bezw. Schluckbewegung.

F. KLEMPERER.

c. Mundrachenhöhle.

54) **Theophil Hug. Ein Fall von Zahnwurzelcyste (periodentale s. periostale Cyste) des Oberkiefers mit specieller Berücksichtigung der Histologie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. S. 398. 1903.*

Der Cystensack wurde unter Chloroformnarkose in toto ausgeschält. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand ergab im wesentlichen 3 Schichten: eine unterste aus derbem, periostalem Bindegewebe bestehend, eine intermediäre mit lockerem, sehr kernreichem Gewebe nach dem Typus des wuchernden Granulationsgewebes und eine oberste Schichte, im Grossen und Ganzen an das geschichtete Plattenepithel erinnernd. Die Provenienz dieser Epithelauskleidung bespricht Verf. ausführlich in der epikritischen Betrachtung des Falles, in welcher er kurz auch die Aetiologie, Differentialdiagnose und Therapie der Wurzelcysten erörtert.

F. KLEMPERER.

55) **Stoppani** (Zürich). **Ueber Zahnretention und consecutive krankhafte Erscheinungen am Kiefer.** *Dissertation. Zürich 1903.*

Verf. bespricht in ziemlich vollständiger Weise dieses wegen der Kieferncysten für unsere Specialwissenschaft so wichtige Capitel. Die Abhandlung sollte im Original studirt werden. Die Entstehung der Cysten wird auf das Schmelzorgan der retinirten Zähne zurückgeführt, dessen Zellen — „Schmelzepithelzellen" — ihre formale Thätigkeit nicht eingebüsst haben und unter Umständen eine secernirende Rolle übernehmen können. Es sammelt sich zwischen Schmelzepithel und Zahnkrone Flüssigkeit an, welche den Zahnfollikel zu einer vom Epithel umgrenzten Cyste ausdehnt und den Zahn freibeweglich darin erhält. Symptomatik, Aetiologie, Diagnose, Prophylaxe sind eingehend besprochen. Verf. beschreibt auch eine geschwürige Erkrankung der Oberfläche der Mundschleimhaut, welche in der Umgebung der Zahnfistel schmutzige Geschwürsflächen darstellt. In derselben findet man nicht selten Knochensplitterchen eingelagert. Sie können auch tuberculöse, actinomycotische und carcinomatöse Processe vortäuschen. Die Schlussfolgerungen sind ungefähr folgende:

Die Zahnretention ist eine äusserst häufige Erscheinung, welche jedoch sehr selten zu krankhaften Ausgängen führt. Fehlen beim Auftreten eines Kiefertumors

oder sonstigem krankhaften Zustande des Kiefers ein oder mehrere Zähne, welche niemals ihre Stelle in der Zahnreihe eingenommen haben, so muss stets an die Möglichkeit einer Retention gedacht werden. Röntgenaufnahme und Durchleuchtung sind gute moderne diagnostische Hülfsmittel. Cysten treten häufiger im Unterkiefer auf (!). Ein retinirter Zahn wird erst dann zum Fremdkörper, wenn seine Pulpa atrophirt ist. Der pathologische Process, einmal eingetreten, wird unterhalten, so lange der retinirte Zahn nicht (operativ) entfernt wird.

Die eigene Casuistik des Autors betrifft zwei Fälle aus der chirurgischen Klinik von Zürich.

JONQUIÈRE.

56) **Hertz. Zahnfleischtuberculose. (Gruzlica dziaseł.)** *Medycyna. No. 6. 1904.*

Bei einem 16jährigen Knaben, der seit 3 Monaten über Schmerz und Blutungen im Zahnfleisch klagte, bemerkte Verf. auf der hinteren Fläche des Zahnfleisches des Oberkiefers ein ausgedehntes Geschwür vom letzten rechten Backenzahn bis ersten linken Backenzahn und auf dem unteren Kiefer ein kleines Geschwür bei dem letzten Backenzahne. Die vordere Fläche des oberen Zahnfleisches war geschwollen und blutete bei der Berührung. Ausserdem befanden sich kleine Geschwüre auf dem Gaumen und dem rechten Nasenflügel. Im Belage des Geschwürs fand Verf. Tuberkelbacillen.

A. SOKOLOWSKI.

57) **Reif** (Stuttgart). **Pflege der Mundhöhle bei Syphilis und deren Behandlung durch eine Quecksilberkur.** *Monatsschr. f. Harnkrankheiten. No. 1. 1904.*

Kurze Besprechung der Mundpflege mit besonderem Hinweis auf die sachgemässe Zahnbehandlung.

SEIFERT.

58) **Andrew H. Smith. Ein Fall von recurrirendem Intraabdominalabscess, begleitet von ungewöhnlichen Veränderungen im Mund. (A case of recurrent intraabdominal abscess accompanied by unusual lesions in the mouth.)** *N. Y. Medical Record. 2. April 1904.*

Die Geschichte des Falles datirt 20 Jahre zurück. Damals bekam die Patientin unter Temperatursteigerung Schmerzen in der Gallenblasengegend; nach einigen Tagen ging Blut und Eiter mit dem Stuhl ab. Es hatte sich augenscheinlich um einen Abscess in der Gallenblasengegend gehandelt, der in das Colon transversum durchgebrochen war. Gleichzeitig mit der Abdominalaffection trat eine eigenthümliche schmerzhafte Schwellung an der Gaumenschleimhaut dicht oberhalb der Basis der Schneidezähne auf. Auf eine Incision entleerte sich kein Eiter. Diese Affection im Munde verschwand gleichzeitig mit den Abdominalbeschwerden. In den folgenden 20 Jahren hatte Patientin vielleicht ein Dutzend ähnliche Anfälle, nur dass es nicht zur Eiterung kam; jedesmal traten dabei dieselben Erscheinungen im Munde wieder auf.

LEFFERTS.

59) **G. Engelmann** (Wien). **Mundöffner und zugleich Mundoffenhalter (Modell Kukill).** *Wiener med. Wochenschr. No. 1. 1904.*

Zangenartiges Instrument, dessen beide Branchen an dem oberen Ende Stützen für den Ober- und Unterkiefer tragen. Ein keilförmiger Fortsatz ermöglicht das Einschieben des Instrumentes zwischen die Zahnreihen.

CHIARI-HANSZEL.

60) **E. Göppert. Die Bedeutung der Zunge für den secundären Gaumen und den Ductus nasopharyngeus.** *Gegenbaur's Morphol. Jahrbücher. Bd. 31. 2/3. S. 311—359. Desgl. Verhandl. der Anat. Gesellsch. 17. Versamml. Heidelberg. S. 35. 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

61) **J. Crans** (Dieren). **Grosse Beweglichkeit der Zunge. (Groote bewegelykheid der tong.)** *Med. Weekbl. 9. Januar 1904.*

Der 21jährige Patient besuchte C. wegen hartnäckigen Hustens. Es zeigte sich ein bedeutender Rachenkatarrh: starke Hyperämie, Granulationen, Gefässectasien, allein keine Spur von Sekret. Auf einmal sah C. den freien Theil der Zunge in toto hinter den weichen Gaumen in den Nasenrachenraum verschwinden, wobei der weiche Gaumen stark nach vorn gewölbt wurde. Pat. gab spontan an, dass er mit der Zungenspitze zwei, durch eine dünne Scheidewand getrennte Löcher und daneben auf jeder Seite eine Wölbung spüre. Beim Athmen fühle er, wie die kalte Luft durch die Nase die Zunge berührt. Die hervorgestreckte Zunge kann Pat. höher als die Nasenspitze erheben. Vor ein Paar Jahren sind ihm adenoide Vegetationen abgetragen worden, seitdem hat er das Kunststück erlernt, mittelst welches er den Nasenrachenraum von Exsudat reinigt.

H. BURGER.

62) **Lesser** (Berlin). **Ueber die sogenannte „glatte Atrophie der Zungenwurzel" und ihr Verhältniss zur Syphilis.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 45. 1903.*

Neben der Verringerung der Balgdrüsen ist die durch Palpation constatirbare veränderte Consistenz der Zungenwurzel — eine Induration des Gewebes — von Wichtigkeit für die Diagnose einer glatten Zungenwurzelatrophie. Von 166 Fällen mit Atrophia laevis baseos linguae wurde in 73 (= 44 pCt.) anatomisch erworbene Syphilis festgestellt, von denen sich in 13 Fällen noch strahlige Narbenbildung des Zungengrundes hinzugesellten. Im Allgemeinen tritt die Glossitis laevis noch später als die Tertiärerscheinungen auf.

ALBANUS (ZARNIKO).

63) **Julius Heller. Zur Pathogenese der glatten Atrophie des Zungengrundes.** *Dermatologische Zeitschrift. Bd. XI. Heft 5.*

Verf., der gemeinsam mit Levin die Bedeutung der glatten Atrophie des Zungengrundes als klinisches Symptom der vorausgegangenen Syphilis betont hat, wendet sich gegen die Behauptung Lesser's, dass die glatte Atrophie der Ausdruck einer Glossitis interstitialis sei. Die von Lesser betonte Consistenzveränderung lasse sich klinisch überhaupt nicht feststellen. Abgesehen von den seltenen Fällen, in denen Narben auf dem Zungengrund sich finden, handele es sich bei der glatten Atrophie um einen Schwund der Balgdrüsen.

FINDER.

64) **Decroly. Partielle nucleäre Aplasie mit Zungenatrophie. (Aplasie nucléaire partielle avec atrophie de la langue.)** *Journal de Bruxelles. No. 21. 1903.*

Fall eines Kindes, welches bis zum Alter von 3 Jahren sich wohl befand, aber noch nicht sprach; von da ab bekam es nächtliche epileptische Convulsionen, die gegen das 7. Lebensjahr nachliessen und nur noch einmal monatlich auftraten.

Es besteht Herabgesunkensein der Unterlippe und die Zunge kann nicht nach rechts und nach links bewegt werden. Die Phonation ist beinahe unmöglich; das Gehör ist schlecht, die Zunge dünn. Das Kind, welches nie einen „Impuls" zum Sprechen empfangen, spricht schwer p etc. aus. Der Orbicul. oris reagirt gut auf Elektricität. Es handelte sich um eine Affection des Spinalkerns des Vagus, welcher das Gaumensegel und die Stimmbänder versorgt. BAYER.

65) **S. Rusakow. Zur Casuistik der Makroglossie. (K kasuistike makroglossie.)** *Detskaja med. No. 3. 1903.*

Nach R. stellt die Makroglossie einen Sammelnamen vor.

Was seinen Fall anbelangt, so war die Zunge so gross, dass der Mund nicht geschlossen werden konnte. Ein Theil der Zunge hing zum Munde heraus.

Durch die Excision eines keilförmigen Stückes verkleinerte sich die Zunge soweit, dass der Mund geschlossen werden konnte. Während des Scharlachs, an dem der Patient bald nach der Operation erkrankte, ging jedoch der Erfolg der Operation völlig verloren.

Mikroskopische Untersuchung ergab: Wucherung des Bindegewebes und der Lymphfollikel. Kleinzellige Infiltration. P. HELLAT.

66) **G. A. Haremaker** (Scheveningen). **Ein Fall von Psoriasis linguae, mit Röntgenstrahlen behandelt. (Een geval van psoriasis linguae, behandeld met Röntgenstralen.)** *Tijdschr. v. phys. therapie en hygiene. No. 3. 1904.*

Heilung nach vielfach wiederholter Röntgen-Bestrahlung. H. BURGER.

67) **Hicquet. Ein Fall von schwarzer Zunge. (Un cas de langue noire.)** *La Policlinique. No. 24. 1903.*

In der Monatssitzung für November 1903 der Brüsseler Poliklinik stellt H. einen Kranken mit schwarzer Zunge vor; ein ovalärer schwarzer Fleck auf dem Zungenrücken vor dem V der Zunge, über die Zungenoberfläche hervorragend und leicht mit der Curette zu entfernen. Der Belag ähnelt einem Haarbüschel, dessen Enden schwarz gefärbt sind. Der Patient leidet an Oesophagusstenose. H. fragt sich, ob dieser Zustand, bei welchem es sich um Hypertrophie der Papillae filiform. (Keratinisation) handelt, nicht etwa das Resultat einer Reizung des Verdauungstractus sein könne. Was die Färbung anbelangt, so ist sie wahrscheinlich durch ein Mycelium hervorgebracht nach Schmiegelow u. Anderen. BAYER.

68) **J. Katz. Zur Frage der Zungen-Epiglottis-Geschwüre, Phlegmone glosso-epiglottica. (K woprosu o jasitschno-nadgort. nariwach.)** *Prakt. Wratsch. No. 5—6. 1903.*

K. möchte diese Erkrankungen derselben Kategorie zuzählen, wie die Peritonsillitiden, und hebt dabei ihre Seltenheit hervor, er sah 2 Fälle. P. HELLAT.

69) **Depage. Zungenkrebs. (Cancer de la langue.)** *Journ. de Chir. No. 1. 1903.*

D. zeigt ein Präparat vor, welches die ganze Zunge, die Submaxillardrüsen, den Boden der Mundhöhle und ein Conglomerat von Lymphdrüsen umfasste. Der

so gebildete Tumor war nach vorausgeschickter Unterbindung der beiden Carotid. ext. in Masse entfernt worden.

BAYER.

70) **Marchandise. Zungencarcinom. (Carcinome de la langue.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 15. 1903.*

In der Sitzung der Anatomopatholog. Gesellschaft von Brüssel am 31. Jan. 1902 zeigt M. ein von Dr. Depage einem 62jährigen Mann entferntes Zungencarcinom vor; hereditäre Belastung nicht vorhanden, es handelt sich um ein Recidiv, welches in Folge Verbrühung der Zunge durch zu heisse Speise eingetreten war.

Cfr. Referat Depage: Krebs der Zunge und des Mundbodens. Massenexstirpation; dieser Band S. 284.

BAYER.

71) **A. Onodi. Struma accessoria am Zungengrunde.** *Fraenkel's Archiv für Laryngologie. Bd. XIII. H. 3. S. 448. 1903.*

Mittheilung eines Falles. — Die Geschwülste sind haselnuss- bis hühnereigross, sie zeigen unter dem Mikroskop normales Schilddrüsengewebe oder cystische, colloide und hyperplastische Entartung. Die häufigste Localisation der accessorischen Schilddrüse am Zungengrunde ist die Stelle des Foramen coecum, was sich aus der Entwicklung der Schilddrüse erklärt, doch kommen auch seitliche Geschwülste vor. Das weibliche Geschlecht ist häufiger betroffen, als das männliche. Die accessorische Schilddrüse kann auch eine vicariirende Function ausüben, nach ihrer Exstirpation ist gelegentlich Myxoedema operativum beobachtet worden.

F. KLEMPERER.

72) **Fr. Hanszel** (Wien). **Ein seltener Tumor des Zungengrundes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. H. 1. S. 144. 1903.*

50jährige Patientin mit einem kleinapfelgrossen Tumor am Zungengrunde, der den Isthmus faucium vollständig ausfüllte. Die subjectiven Beschwerden waren sehr gering: die Athmung kaum behindert (die Nasenpassage war frei!), das Schlucken relativ wenig erschwert, nur die Sprache war klossig, fast unverständlich. Nach dem histologischen Untersuchungsbefund an einem mittelst Galvanokauter excidirten Theile des Tumors erwies sich derselbe als eine angeborene, aus Epithelresten des Ductus lingualis in der Gegend des Foramen coecum entstandene Geschwulst.

F. KLEMPERER.

73) **H. Strebel** (München). **Die Verwendung des Lichtes zur Heilung des chronischen Pharynxkatarrhes und anderer Pharynxprocesse.** *Fraenkels's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. S. 99. 1903.*

Verf. behandelt mittelst einer von ihm construirten Lampe, z. Th. nach Wegdrücken des Blutes aus der Schleimhaut mit einem kleinen Quarzcompressorium, sowohl die hypertrophischen wie die atrophischen Prozesse im Pharynx Je nach der Intensität und Wirkungsdauer der angewandten Strahlen erzielt er mittelst des kalten Lichts auf der Rachenschleimhaut „einfache Hyperämie bis zur ausgesprochenen Entzündung mit Blasenbildung, Verschorfung zur Erneuerung des

ganzen Epithelüberzugs der Schleimhaut; zur Resorption anormaler Einlagerungen in die Schleimhaut (Gefässwucherung, Granula), Resorption von Indurationen."

F. KLEMPERER.

74) Lewis S. Somers. **Die Erkennung und Behandlung einiger der pharyngealen Veränderungen bei Syphilis. (The recognition and treatment of some of the pharyngeal lesions of syphilis.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Verf. bespricht das syphilitische Erythem, die Schleimhautplaques und Geschwüre in Bezug auf Diagnose und Behandlung, ohne irgend etwas Neues vorzubringen.

LEFFERTS.

75) James M. Brown. **Pharynxtuberculose. (Pharyngeal tuberculosis.)** *New Albany Medical Herald. April 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

76) L. Neufeld. **Zur Semiotik der tiefsitzenden Pharynxcarcinome.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. S. 182. 1903.*

Vom Sinus pyriformis ausgehendes Carcinom, auf den Kehlkopf übergreifend. Charakteristisch sind grosse metastatische Drüsentumoren am Halse, zu einer Zeit, wo die subjectiven Beschwerden (Schluckbeschwerden und Heiserkeit) noch sehr gering und auch der objective Befund im Kehlkopf noch wenig ausgesprochen und nicht eindeutig ist.

F. KLEMPERER.

d. Diphtherie und Croup.

77) Eduardo Andrade. **Eine neue Färbung für Diphtheriebacillen. (A new stain for diphtheria bacilli.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Die vom Verf. angegebene und von ihm der Löffler'schen vorgezogene Färbung ist folgende:

Borrels Blau 1 ccm.
Vesuvin (wässrige Lösung) $^1/_{100000}$ 50 ccm.

Färbung 5 Minuten in Borrels Blau, Abwaschen in destillirtem Wasser, Lugolsche Lösung 1 Minute, Abwaschen in destillirtem Wasser, Entfärben in absolutem Alkohol, bis dieser sich nicht mehr blau färbt, Abwaschen in destillirtem Wasser, Trocknen etc.

LEFFERTS.

78) Dante Pacchioni. **Association des Diphtheriebacillus und des Bacillus Vincentii. (L'associazione del bacille difterico e del bacille di Vincent.)** *Sezione toscana della Società Italiana di pediatria. 23. Juni 1903.*

Auf Grund dreier von ihm beobachteter Fälle behauptet Verf., dass die Association des Diphtheriebacillus mit dem B. Vincenti eine bestimmte charakteristische klinische Erkrankungsform bedingt, die sich durch ein grau-schwarzes, wenig konsistentes, foetid riechendes Exsudat mit der Neigung zu Ulcerationsbildung auszeichnet.

FINDER.

79) **De Stella. Die experimentelle diphtheritische Rhinitis. (La rhinite diphtéritique expérimentale.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 11. 1903.*

Vergl. Bericht über die Jahresversammlung der belg. otolaryngolog. Gesellschaft, Sitzung vom 7. Juni 1903.

BAYER

80) **James H. Mc. Kee. Die Bedeutung der Epistaxis bei der Diagnose der Nasendiphtherie. (The importance of epistaxis in the diagnosis of nasal diphtheria.)** *Therapeutic Gazette. 15. März 1904.*

Blutige Färbung des Nasensekrets ist bei nasaler Diphtherie sehr häufig; Nasenbluten von mässiger Heftigkeit wird nicht selten beobachtet. Es ist dies ein Symptom von grossem diagnostischem Wert. Bei bösartiger Diphtherie mit secundärer Streptokokkeninfection kann die Epistaxis ein sehr beunruhigendes, ja fatales Symptom werden.

EMIL MAYER

81) **Schwab** (Freiburg i. B.). **Zwei Fälle von ausgedehnten Ulcerationsprocessen am Mund und Genitalien, hervorgerufen durch Diphtheriebacillen. (Subacute Haut- und Schleimhautdiphtherie.)** *Arch. f. Dermat. 68. Bd. 1. u. 2. H. 1904.*

In zwei Fällen (16jährige Mädchen) bestand ein streng auf die Mundhöhle und äussere Genitalien beschränkter Geschwürsprocess. Im Munde fanden sich flache, mit fibrinösem, gelblich-weissem Belag versehene Substanzverluste, die ohne Vorboten auftraten, nach kürzerem oder längerem Bestande bald ohne, bald unter ganz geringer Narbenbildung heilten. An den Genitalien starke Infiltration und Oedem der Umgebung. Die Untersuchung der Geschwüre ergab Diphtheriebacillen. Eine Infection der Umgebung trat nicht ein.

SEIFERT.

82) **Th. W. Salmon. Diphtherie der Vagina mit secundärem Befallensein von Mund, Rectum und Haut. (Diphtheria of the vagina with secondary involvement of the mouth, rectum and skin.)** *N. Y. Medical Record. 12. März 1904.*

Die an acuter Melancholie leidende Patientin hatte, bevor sie in die Anstalt aufgenommen wurde, eine Präventivimpfung mit Serum erhalten, weil in dem Haus, in dem sie wohnte, Diphtheriefälle waren. Eine sofort vorgenommene bakteriologische Untersuchung des Rachensekrets ergab ein negatives Resultat. Eine Woche später bemerkte man kleine weisse Beläge an den Labia minora; gleichzeitig trat eine bis zum Tode anhaltende Diarrhoe auf. Einige Tage später fanden sich Beläge an den Lippen, der Zunge, dem harten Gaumen. Nun war die Vulva, Vagina und die sichtbare Schleimhaut des Rectums mit dicken weissgrauen Membranen belegt; auch eine Hautabschürfung am Hals belegte sich mit solchen. Culturen ergaben bei Entnahme von allen Localisationen typische Diphtheriebacillen. Autopsie nicht gestattet.

LEFFERTS.

83) **H. E J. Biss** (London). **Das Grenzgebiet zwischen Diphtherie und Scharlachfieber. (The borderlands of diphtheria and scarlet fever.)** *Lancet. 14. November 1903.*

Verf. zeigt, dass Diphtherie, Scharlach und Tonsillitis, wenn sie nicht gerade verschiedene Formen derselben Infection sind, doch so viel gemeinsame

Nuancen, Berührungs- und Uebergangspunkte haben, dass oft der gewissenhafteste und erfahrenste Beobachter nicht zu einer Gewissheit kommen kann.

JAMES DONELAN.

84) B. Woinow. **Diphtherie und Diphtheriestäbchen bei Scarlatina. (Difteria i difterimija palotschki pri scarlatine.)** *Prakt. Wratsch. No. 18. 1903.*

W. analysirt 22 Fälle in Bezug auf die Frage, warum Diphtherie und Scarlatina so häufig (6 pCt.) combinirt mit einander vorkommen. In diesen Fällen trat Scarlatina zur Diphtherie hinzu. Ausserdem berichtet W. über 300 Scharlachfälle, welche bakteriologisch untersucht wurden. Löfflerbacillen wurden nur in 2,7 pCt. beim Eintritt der Patienten beobachtet. Gleichzeitige Erkrankung an Diphtherie und Scharlach kann W. nur in 1,9 pCt. zulassen. Auch findet W. keine besondere Prädisposition der Scharlachkranken für die Diphtherie.

P. HELLAT.

85) W. Kolli. **Diphtherie und Diphtheriestäbchen nach dem Material des Morosow'schen Kinderkrankenhauses.** *Prakt. Wratsch. No. 43. 1903.*

Die Beobachtungen beziehen sich auf 135 Fälle, bei denen Diphtheriestäbchen in 15 Fällen = 11,2 pCt. sich fanden. Von diesen 15 boten nur 7 klinische Zeichen von Diphtherie dar. Der Verlauf ist immer schwer. W. befürwortet prophylaktische Injectionen.

Dreier hat mit prophylaktischen Seruminjectionen bei Scarlatina keinen Erfolg gehabt.

Tscherno-Schwarz: Meine Erfahrungen im Wlagimirkrankenhause haben mich überzeugt, dass die prophylaktischen Injectionen höchstens bei Masern in Anwendung kommen könnten.

P. HELLAT.

86) William P. Northrup. **Diphtherie und Bronchopneumonie. (Diphtheria and bronchopneumonia.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Bisweilen führt die Kehlkopfstenose zu der irrthümlichen Annahme einer Bronchopneumonie, indem das durch jene bedingte Bronchialathmen falsch gedeutet wird. Verf. bespricht dann die Differentialdiagnose zwischen Bronchopneumonie und Meningitis.

LEFFERTS.

87) V. Busch (Leipzig). **Zur Therapie der postdiphtherischen Lähmungen.** *Wiener med. Presse. No. 50. 1903.*

3mal täglich 5 Tropfen Heritin in Milch heilte eine Lähmung des weichen Gaumens und der Augenmuskeln in 6 Tagen.

CHIARI.

88) Teillais (Nantes). **Diphtherische Augenlähmungen und Hemiplegie. (Paralysies oculaires et hémiplegie diphtérique.)** *Congrès d'ophtalmologie. Mai 1903.*

T. berichtet über mehrere Fälle. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf das in diesen Fällen zu beobachtende Missverhältniss zwischen Pupillarreflex und Accommodationsreflex.

PAUL RAUGÉ.

89) **Barbier** (Paris). **Diphtherische Arthralgien oder Arthralgien nach Serum. (Arthralgies diphtériques ou arthralgies sériques.)** *Société de Pédiatrie. 15. März 1904.*

Bei 800 wegen Diphtherie im Krankenhause befindlichen diphtheriekranken Kindern hat Verf. 6 mal Arthropathien beobachtet. Sie traten während der Reconvalescenz auf, und zwar entweder gleichzeitig mit einer diphtherischen Lähmung oder einer Lähmung nach Serumgebrauch. Verf. ist der Ansicht, dass, wenn auch in manchen Fällen die Gelenkaffection sicher dem Serum zuzuschreiben ist, sie doch in anderen auf die Diphtherie selbst zu beziehen sind. Beweis dafür ist, dass derartige Gelenkcomplicationen bereits vor Einführung der Serumtherapie beschrieben worden sind.

In der Discussion äussert die Mehrzahl der Redner sich dahin, dass seit der Serumtherapie die Gelenkaffectionen entschieden häufiger zur Beobachtung kommen.

PAUL RAUGÉ.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

90) **Suckstorff** (Rostock). **Beitrag zur Kenntniss des Kehlkopfes der Marsupalier.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. S. 390. 1903.*

Vergleichend anatomische Studie.

F. KLEMPERER.

91) **G. Sclavernos** (Athen). **Ueber die Ventrikularsäcke des Kehlkopfes beim erwachsenen und neugeborenen Menschen, sowie bei einigen Affen.** *Anat. Anz. Bd. 24. 19/20. S. 511.*

Verf. fand bei Untersuchung von 500 menschlichen Leichen dreimal Ventrikularsäcke des Kehlkopfes, deren Beschreibung im Ganzen mit der früherer Untersucher, wie Bennet, Gruber, Rüdinger u. A. übereinstimmt. Eine Differenz besteht nur bezüglich des Verhaltens des extralaryngealen Theiles des Ventrikularsackes zur Membr. hyothyreoidea, für welche fast alle Untersucher angaben, dass sie von dem Ventrikularsack durchbrochen wird, während sie nach S. nicht durchbrochen wird, sondern den Sack zwischen ihren zwei Blättern einfasst. Diese Differenz rührt daher, dass S. wie Meckel und Zuckerkandl diese Membran als aus zwei Blättern bestehend betrachtet.

Demnach braucht bei der Bildung eines Ventrikularsackes die Membran nicht nothwendig durchbrochen zu sein, sondern das äussere Blatt kann nur ausgestülpt werden; der äussere Theil des Sackes liegt anfangs zwischen den zwei Blättern der Membran und nimmt die Stelle des Corpus adiposum ein; dieses letztere stellt wahrscheinlich einen Ersatz für den Verlust des Ventrikularsackes beim Menschen dar.

S. hält die Ventrikularsäcke für angeboren; als Beweis dafür bringt er das Verhalten der Art. laryngea int. zum intralaryngealen Theil des Sackes vor. Wenn nämlich diese Säcke erst während des Lebens nach der Geburt entständen, und zwar durch Ausdehnung eines Appendix ventriculi, so müsste ihr extralaryngealer Theil seine Gefässe aus dem inneren Ast der Arteria beziehen, denn dieser Ast versorgt den Appendix und das Ventrikeldach; ausserdem hätten diese Ge-

fässchen einen Verlauf von innen nach aussen. Das Gegentheil geschieht aber in den Fällen von S. Die Gefässe kommen aus dem äusseren Ast und verlaufen von aussen nach innen.

Noch entschiedener spricht für das Angeborensein der Ventrikularsäcke beim Menschen S.'s Nachweis derselben beim Neugeborenen. Bei 60 Neugeborenen waren die Appendices gut entwickelt, zeigten sich meist als Säcke, welche bis an die Zungenwurzel nach oben reichen. Dass sie beim Erwachsenen verschwinden, kann nur dadurch erklärt werden, dass sie durch irgend eine Ursache obliteriren und schliesslich bis zum Ventrikeldache verschwinden.

Bei einigen Neugeborenen wies S. durch Injection von Wachsmasse nach, dass die Ventrikularsäcke nach hinten unter dem M. thyreohyoid. sich bis zum Trigon. thyreo-hyopharyngeum ausdehnen. Wenn das richtig ist, können die bei Erwachsenen beobachteten Fälle nicht alle als erworben betrachtet werden.

Zum Schluss beschreibt S. je einen Ventrikularsack bei 3 Affenspecies. Betreffend die Function der grossen Kehlsäcke bei den älteren Anthropoiden giebt S. einer Hypothese Raum, die dahin geht, dass sie dazu dienen mögen, um die grossen Halsgefässe und überhaupt den Hals vor dem Temperaturwechsel zu schützen, indem sie eine Schicht warmer Exspirationsluft von constanter Temperatur enthalten, die sich zwischen der Halshaut und den Halsgebilden einschiebt.

I. KATZENSTEIN.

92) **Fiero Foianini. Die Kehlkopftonsille beim Menschen und den gewöhnlichsten Säugethieren. (La tonsilla laringea studiata nell'uome e mammiferi più comuni.)** *Arch. Ital. d. Otologia, Rinologia e Laringologia. Novbr. 1903.*

Verf. ist bei seinen Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen gelangt:

Die Anhäufung des adenoiden Gewebes im Kehlkopf beginnt sich bereits beim 4monatlichen Embryo zu zeigen, ist aber erst beim 9monatlichen Fötus deutlich. Die völlige Entwickelung, d. h. die Ausbildung zahlreicher und wohlausgebildeter Follikel ist im Alter von 5—6 Jahren vollendet. Die Stelle, an der diese „Kehlkopftonsille" am ausgebildetsten ist, entspricht dem Appendix des Ventrikels; sie findet sich vornehmlich an der lateralen Wand des Ventrikels, aber auch an der Unterfläche des Taschenbandes. Schwierigkeiten machte es stets, das adenoide Gewebe auf der Oberfläche der Stimmlippe aufzufinden; in der That scheint sein Sitz auch mehr als auf der Stimmlippe selbst sich an der Stelle der Schleimhaut zu finden, die als Uebergang zwischen Stimmlippe und Taschenband dient. An der Unterfläche der Stimmlippe fanden sich Follikel seltener beim Menschen als bei einigen Thieren. Im Greisenalter kann eine katarrhalische Infiltration der Submucosa bisweilen einen so hohen Grad erreichen, dass dadurch die Follikel theilweise verdeckt werden.

Verf. hat auch Untersuchungen bei Pferd, Esel, Kuh, Schwein, Ziege, Hund und Katze angestellt. Bei allen diesen Thieren ist die Kehlkopftonsille proportional dem Morgagni'schen Ventrikel entwickelt: je mehr dieser entwickelt war, desto reichlicher war die Follikelbildung. Stets entsprach die Stelle, die am reichsten an Follikeln war, dem Appendix des Ventrikels, so dass dieser Befund eine Stütze der Fränkel'schen Ansicht ist, dass der Appendix als ein vom

übrigen Ventrikel zu trennender Theil ist. Bei allen Thieren glich die Kehlkopftonsille in allen Zügen genau der Rachentonsille des betreffenden Thieres.

FINDER.

93) **J. Fein** (Wien). **Zwei Fälle von angeborenem Kehlkopfdiaphragma.** *Wien. klin. Rundschau. No. 52. 1903.*

Besonders beachtenswerth ist der zweitbeschriebene Fall, in welchem das Diaphragma der hinteren Larynxwand angehört.

CHIARI-HANSZEL.

94) **R. du Bois-Reymond** und **J. Katzenstein. Ueber die Wirkung der Athemreize auf den Kehlkopf.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. S. 107. 1903.*

I. Bei künstlicher Athmung durch Lufteinblasungen oder durch Zusammendrücken des Brustkorbes mit den Händen beobachteten die Verff. stets auch im Kehlkopfe active Athembewegungen im Zeitmaass der künstlichen Athmung: Bei Compression des Brustkorbes erfolgt Schliessbewegung, also exspiratorische Bewegung der Stimmlippen, bei Nachlassen des Druckes Erweiterung der Stimmritze, d. i. inspiratorische Bewegung des Kehlkopfes. Diese Bewegungen stehen nicht in unmittelbarem Zusammenhange mit der passiven Bewegung des Brustkorbes, denn sie treten beim todten Thiere nicht auf, wohl aber beim tief narkotisirten. Sie sind auch nicht der Ausdruck der Reaction auf den vielleicht schmerzhaften Reiz der Zusammenpressung, denn andere ähnliche Eingriffe, sofern sie nicht den Brustkorb betreffen, also beispielsweise heftiger Druck auf den unteren Bauch oder die Extremitäten, haben keine oder ganz andere Bewegungen des Kehlkopfes zur Folge. Schliesslich sind sie auch vom Vagus und den durch diesen vermittelten Athemreizen unabhängig, denn sie treten nach den Versuchen der Verff. auch während der Apnoe und bei durchschnittenen Vagi ein. Danach nehmen die Verff. an, dass unabhängig von den bisher bekannten gemeinschaftlichen Bewegungsursachen eine Coordination zwischen der Bewegung des Brustkorbes und der des Kehlkopfes besteht: die passive Bewegung des Thorax bildet einen Reiz für das Centrum der Kehlkopfbewegung; die von der Thoraxwand ausgehenden sensiblen Erregungen gelangen auf einer spinalen Bahn zum Kehlkopfcentrum und lösen reflectorisch die der Bewegung des Brustkorbes entsprechende Athembewegung des Kehlkopfes aus. Diese reflectorische Coordination zwischen Brustkorb- und Kehlkopfbewegung besteht nach der Ansicht der Verff. auch während der normalen Athmung; zu den bisher bekannten Reizen für die Athembewegung des Kehlkopfes, dem „Blutreiz“ und dem „Vagusreiz“, tritt also eine neue Art, welche die Verff. als „Stellungsreiz“ bezeichnen.

II. Die experimentelle Erzeugung dauernder Medianstellung der Stimmlippe ist bisher nicht gelungen. Die Verff. geben eine Uebersicht über die Literatur dieser Frage und ihre Bedeutung für das Verständniss des zweiten Stadiums der Recurrensparalyse. Sie selbst erzielten annähernde Medianstellung, die bestehen blieb, so lange die Thiere lebten, durch Ausschaltung des Musc. posticus und Durchschneidung des Vagus unterhalb der Abgangsstelle des Recurrens. Die Verff. deuten dieses Resultat so, dass

nach Ausfall des Posticus noch accessorische Erweiterer thätig sind, welche durch das Athemcentrum angeregt werden; nach dem Vagusschnitt fallen die Athemreize und damit auch ihre Einwirkung auf die Erweiterer zum grössten Theile fort, die Verengerer erhalten so sehr das Uebergewicht, dass annähernd Medianstellung eintritt.

Den Schluss der Arbeit bildet eine Zusammenstellung der literarischen Belege für das Vorhandensein accessorischer Erweiterer. F. KLEMPERER

95) **Arthur Kuttner. Klinische und experimentelle Medianstellung.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. S. 135. 1903.*

K. hat die im vorstehenden Referate (sub II) wiedergegebenen Versuche von du Bois-Reymond und Katzenstein nachgeprüft und ist zu anderen Resultaten gekommen: Durch Vagusdurchschneidung wird die ganze Bewegung der Stimmlippen, besonders aber ihre Auswärtsbewegung, beeinträchtigt; wird nun vor der Vagusdurchschneidung bereits durch Posticusstellung die Abduction erheblich reducirt, so addirt sich beim Vagusschnitt die Schädigung der Auswärtsbewegung, niemals aber geht diese so weit, dass eine Aufhebung der Bewegung eintritt. Eine Fixation der Stimmlippe in loco beobachtete K. in keinem seiner Versuche; er schliesst: Bei denjenigen Hunden, bei denen nicht schon durch die Ausschaltung der Postici eine Medianstellung hervorgerufen worden ist, wird dieselbe auch durch eine nachfolgende spontane Durchschneidung der Vagi unterhalb der Recurrentes nicht bewirkt. F KLEMPERER.

96) **L. Leonards. Einige Phasen der chronischen Laryngitis. (Some phases of chronic laryngitis.)** *N. Y. Medical Record. 30. Januar 1904.*

Verf. betont die Wichtigkeit der Ruhe für den erkrankten Kehlkopf, eventuell auch eines Ortswechsels und einer Berufsänderung. LEFFERTS.

97) **K. Zuppinger. Ueber Laryngitis aphthosa.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 5. 1904.*

In einem Vortrage in der 75. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel machte der Autor auf die in 6 Fällen von Stomatitis aphthosa erfolgte Mitbetheiligung der Larynxschleimhaut bei Kindern von 3 Wochen bis 18 Monaten aufmerksam. Bakteriologische Untersuchungen constatirten in allen Fällen die Abwesenheit der Diphtheriebacillen. Die Therapie hat sich vorwiegend gegen die Stomatopharyngitis aphthosa zu richten und werden auch Wasserdampfinhalationen und warme Umschläge am Halse empfohlen. CHIARI.

98) **P. Kutscherski. Zur Casuistik der septischen Erkrankungen des Kehlkopfes. Primäre Rose des Kehlkopfes. (K kasuistike septitsch. sabolewanii gortani. Perwitschnaja rosha gortani.)** *Prakt. Wratsch. No. 25. 1903.*

Der Fall verlief ohne weitere Complicationen. P. HELLAT.

99) **Iwanow. Primäre Phlegmone des Kehlkopfes, behandelt mit Antistreptokokkenserum. (Perwitschnaja flegmona gortani, letschennaja antistrept. siwerotkoi.)** *Med. Obosr. Bd. 18. No. 17. 1904.*

In der Ueberschrift alles enthalten. P. HELLAT.

100) **O. Kutvirt** (Pilsen). **Verengerung der Athmungswege durch Verklebung des oberen Randes des Kehldeckels.** *Aerztliche Central-Zeitung. No. 52. 1903.*

Es bestand eine trichterförmig verbildete Epiglottis ohne sichtbare Narben oder Geschwüre. Da der Patient an Phthisis pulmonum litt, dürfte der Process an der Epiglottis auch tuberculöser Natur sein.

CHIARI.

101) **Frankenberger.' Ein seltener Fall von Kehlkopftuberculose. (Rzadszy przypadek gruzlicy krtani.)** *Noviny Lekarskie. No. 1. 1904.*

Bei einem 47jährigen Manne, welcher seit 2 Monaten an Heiserkeit litt, bemerkte Verf. Verdickung des ganzen rechten Stimmbandes von blassgrauer Farbe. Das Stimmband war wenig beweglich: sonst aber war der übrige Theil des Kehlkopfes normal. Vor 28 Jahren machte der Kranke Lues durch. In den Lungen wurden geringe Spitzenveränderungen constatirt. Die Diagnose schwankte zwischen Syphilis und Kehlkopftuberculose.

Nach Ablauf von 3 Monaten starb der Kranke unter Erscheinungen von allgemeiner Erschöpfung, bedingt durch einen Durchfall und verschiedene Lähmungen im Nervensystem.

Die Sektion ergab unter Anderem indurative tuberculöse Veränderungen der rechten Lungenspitze, tuberculöse Darmgeschwüre, und im Kehlkopfe Pachydermie. Weder klinisch noch pathologisch konnte die Natur des Leidens genau präcisirt werden. Erst durch die histologische Untersuchung wurde die tuberculöse Natur des Leidens bestimmt.

A. SOKOLOWSKI.

102) **Hertz. Kehlkopftuberculose und Schwangerschaft. (Gruzlica krtani a ciazd.)** *Gazeta Lekarska. No. 5. 1904.*

Verf. bemerkte 2 Fälle von Kehlkopftuberculose bei 20jährigen Frauen in den ersten Monaten der Schwangerschaft. In beiden Fällen verlief die Kehlkopftuberculose sehr rasch und hatte einen tödtlichen Ausgang.

A. SOKOLOWSKI.

103) **Henrici. Ueber den Heilwerth der Tracheotomie bei Kehlkopftuberculose, insbesondere der Kinder und der Schwangeren.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1904.*

Im Rostocker Aerzteverein sprach H. über das angegebene Thema; die Tracheotomie wurde 4mal ausgeführt, einmal bei einer Schwangeren und 3mal bei Kindern im Alter von 11—13 Jahren. Der Erfolg war bei letzteren ein sehr guter, zumal keine anderweitigen Methoden angewendet wurden; die Ruhigstellung des Kehlkopfes wirkt hier heilend; bei Schwangeren sind die Verhältnisse ungünstiger.

SCHECH.

104) **F. Rode** (Triest). **Zur Casuistik der traumatischen Larynxblutungen.** *Wien. klin. Rundschau. No. 20. 1903.*

Nach Abtragung eines kleinen Stückes vom freien Rande einer infiltrirten Epiglottis mit der Krause'schen Doppelcurette trat eine arterielle Blutung aus der Wunde auf, die nach vergeblichen localen Blutstillungsversuchen nach dreistündiger Dauer spontan stand — die laryngeale Fläche der Epiglottis ist viel blutreicher als die linguale und stammen die lebensgefährlichen Blutungen meist

von der laryngealen Seite. In Betracht kommt die Tracheotomie mit folgender Tamponade der blutenden Stelle, die Pharyngotomia subhyoidea und die Unterbindung der Carotis.

CHIARI — HANSZEL.

105) **Baumgarten** (Budapest). **Arthritis ericoarytaenoidea rheumatica et gonorrhoica.** *Wien. med. Wochenschr. No. 42. 1903.*

Die Diagnose wird meist erst nachträglich gestellt werden können, besonders wenn — was selten vorkommt — genanntes Gelenk das allein erkrankte ist. Die objectiven Symptome sind die einer acuten Perichondritis, Schwellung, Röthung, eventuell Dyspnoe, Schmerzhaftigkeit beim Schlucken und namentlich beim Phoniren. Die in der Literatur beschriebenen acuten Fälle waren meistens beiderseitige Gelenkserkrankungen, die subacuten einseitig. — Es erfolgt in den meisten Fällen vollständige Heilung, doch kommen auch bleibende Ankylosen zu Stande.

CHIARI.

106) **Remonchamps. Das Kehlkopfknistern als Zeichen von Lungentuberculose. (La crepitation laryngée, signe de tuberculose pulmonaire.)** *La Belgique Méd. No. 50. 1903.*

Der Autor hat sich überzeugen können, dass das beständige Kehlkopfknistern ein charakteristisches Zeichen für Lungentuberculose bildet und zwar vom Initialstadium desselben an, so dass in Fällen, in welchen die Diagnose der Phthise offen bleibt, die Abwesenheit dieses Zeichens, besonders wenn dasselbe permanent fehlt, erlaubt, die Diagnose auszuschliessen. — Auf der anderen Seite, wenn die Auscultation bei einem Phthisiker jahrelang kein Geräusch mehr erkennen und die Untersuchung des Auswurfs keine Bacillen mehr auffinden lässt, glaubt Verf. nichtsdestoweniger annehmen zu können, dass der Krankheitsprocess noch nicht erloschen ist, solange die Larynxcrepitation fortbesteht.

BAYER

107) **H. Dupuy. Kehlkopfcomplicationen bei Typhus. Bericht über einen Fall. (Laryngeal complications in typhoid fever. Report of a case.)** *N. Y. Medical Journal. 26. December 1903.*

Die klinischen Symptome und das Resultat der bakteriologischen Untersuchungen sprechen durchaus dafür, dass es sich bei den Kehlkopferscheinungen nicht um eine directe Typhusinfection handelt. Die hohe Mortalitätsziffer, die sich aus der Statistik der durch diese Complication erschwerten Fälle ergiebt, mahnt dazu, in keinem Fall, in dem Zeichen von Heiserkeit, Dyspnoe oder Dysphagie sich bemerkbar machen, die Kehlkopfuntersuchung zu unterlassen. Die günstigen Resultate, die in diesen Fällen durch die Tracheotomie erzielt sind, lassen keine Zweifel, dass diese hier eine direct lebensrettende Operation ist.

LEFFERTS.

108) **B. Choronshitzky** (Warschau). **Ein Fall von Cornu laryngeum.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. S. 174. 1903.*

Erbsengrosse, breit sitzende, weissliche, zackige Geschwulst in der Mitte über dem linken Stimmbande; mit der kalten Schlinge exstirpirt, erweist sie sich als 10 mm breit, 8 mm hoch, im Umfang rundlich, von knorpelharter Consistenz,

viel weisser als im Spiegelbilde, einer Hautwarze auffallend ähnlich — die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein „Papillom im Sinne der Laryngologen, d. h. eine epitheliale Geschwulst von papillärer Form"; im Gegensatz zu den gewöhnlichen Papillomen besteht sie nicht aus gehäuften Plattenepithelien, sondern zeigt überall polygonale Zellen; ferner zeichnet sie sich durch übermässige Verhornung aus, weshalb Verf. sie nach dem Vorgange von Jurasz als Cornu laryngeum bezeichnet.

F. KLEMPERER.

109) **Choronshitzky. Ein Fall von Cornu laryngeum. (Przypadek „vegu krtanio vege".)** *Gazet. Lek. No. 25. 1903.*

Die Arbeit wurde bereits deutsch im Archiv für Laryngologie veröffentlicht. Bd. XIV, H. 1, 1903.

A. SOKOLOWSKI.

110) **Edm. Meyer** (Berlin). **Ein neuer Apparat zur Demonstration des laryngoskopischen Bildes.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. S. 192. 1903.*

Abbildung und Beschreibung des von Hirschmann gefertigten Apparates, der für den Unterricht ausserordentliche Dienste leisten kann.

F. KLEMPERER.

111) **Eugene Yonge. Eine neue Methode zur Demonstration des Kehlkopfbildes und intralaryngealer Operationen. (A new method of demonstrating the laryngeal image and intralaryngeal operation.)** *Lancet. 30. April 1904.*

Eine Modification des E. Meyer'schen Apparats. Eine kleine elektrische Lampe ist an einem horizontalen Stab gegenüber vom Mund des Patienten befestigt; auf beiden Seiten der Lampe befindet sich ein runder Spiegel. Durch einen blickt der Untersucher mit einem Auge. Das Kehlkopfbild erscheint auf beiden Spiegeln und kann von 5—6 Beobachtern zu gleicher Zeit betrachtet werden.

Angefertigt bei Armstrong-Manchester.

ADOLPH BRONNER.

112) **Gherardo Ferrari. Maske für Kehlkopfärzte. (Maschera laringoiatrica.)** *Arch. Ital. d. Otologia etc. IV. 1903.*

Eine Schutzmaske, bestehend aus einem Aluminiumring, der um die Stirn gelegt wird und an dem ein Gazeschleier mit Löchern für die Augen befestigt ist.

FINDER.

113) **Carl Kassel** (Posen). **Nochmals „Ersatz der Anwärmung des Kehlkopfspiegels".** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 3. S. 462. 1903.*

Eintauchen des Spiegels in gewöhnliches kaltes Leitungswasser, bezw. Anreiben des Wassers an die Spiegeloberfläche mittelst Watte verhindert das Beschlagen des Spiegels; die metallene Rückseite kann getrocknet werden.

F. KLEMPERER.

114) **S. Spiegel** (Wien). **Ein neuer Kehlkopfpulverbläser.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 3. S. 464. 1903.*

Beschreibung und Abbildung des Apparats, bei welchem der Gummiballon durch eine Metallhülse, in der ein Kolben durch eine Feder nach aufwärts geschnellt wird, ersetzt ist.

F. KLEMPERER.

f. Schilddrüse.

115) **E. Kallius. Die mediane Thyreoideaanlage und ihre Beziehung zum Tuberculum impar.** *Anat. Anz. Ergänz.-Heft z. 23. Bd. S. 35. 1903. Verhandl. d. Anat. Gesellsch. Heidelberg. S. 35. 1903.*

Zwischen Tub. impar und der medianen Thyreoideaanlage bestehen keine direkten Beziehungen. Letztere liegt immer hinter dem Tuberculum, unmittelbar vor dem ovalen Rande des Hyoidbogens. Wenn sie als hügelige Bildung vorübergehend in den Hohlraum des Mundes hervorragt, so ist sie als Tub. thyreoideum wohl zu trennen von dem Tub. impar, das ein wichtiger Bestandtheil der Zunge ist.

J. KATZENSTEIN.

116) **Ferruccio Vanzeti. Ueberpflanzung embryonaler Schilddrüse. (Del trapianto della tiroida embrionale.)** *Arch. per le scienze mediche. No. III. 1903.*

Die Ergebnisse der vom Verf. an Kaninchen in die Bauchhöhle, das Unterhautzellgewebe, zwischen Muskeln und im Knochenmark ausgeführten Schilddrüsenüberpflanzungen eignen sich nicht zur Wiedergabe in Form eines Referats.

FINDER.

117) **Christiani** (Genf). **Infectionsexperimente an frischen Schilddrüsenaufpfropfungen. (Néothyreoidites infectieuses expérimentales.)** *Revue méd. Suisse Rom. No. 6. 1903.*

Um die vollkommene Lebenskraft der Schilddrüsenpfropfungen zu beweisen, setzte er solche an Körperstellen, welche für das Experiment leicht zugänglich waren, und zwar unter die Haut der Ohrmuschel vom Meerschweinchen, Kaninchen, Ratten etc., und behandelte dieselben dann, nachdem sie einige Zeit eingeheilt gewesen waren, mit allen möglichen Insulten. Er erregte in ihnen Entzündungen oder Eiterungen durch infectiöse Kokken aus allen möglichen Eiterherden und misshandelte mit Feuer oder auf mechanische Weise. Es ergab sich immer als Endresultat, dass die nach abgelaufener Reaction vernarbten Schilddrüsenpfröpfe fröhlich weitergediehen und dass nur ganz frische Pfröpfe zu Grunde gingen.

JONQUIÈRE.

118) **E. G. Barbera** und **D. Bicci. Beitrag zur Kenntniss der Modificationen, die das Fasten in den anatomischen Elementen verschiedener Organe und Gewebe hervorbringt: Schilddrüse. (Contributo alla conoscenza delle modificazioni che il digiuno apporta negli elementi anatomici dei varii organi e tessuti: glandola tireide.)** *Boll. Soc. med. Ser. 8. Vol. 2. 1902.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

119) **A. Abrashinow. Acute purulente Entzündung der Struma. (Ostrae gnvinoe wospalenie zoba.)** *Chirurgia. Februar 1903.*

A. beobachtete zwei Fälle. Im ersten Falle brach der Eiter selbst durch, im zweiten musste ein recht tiefer Einschnitt gemacht werden. Als Patientin aufstand, um in das Operationszimmer sich zu begeben, bekam sie einen asphyktischen Anfall. Erst nach Entleerung des Eiters und künstlicher Athmung erholte sie sich.

Die Behauptung des Autors, dass Entzündungen der normalen Schilddrüse so gut wie gar nicht vorkämen, dürfte kaum allgemeine Zustimmung finden.

P. HELLAT.

120) **Chartier. Tumor der Schilddrüse. (Tumeur du corps thyreide.)** *Société anatomique. 26. Februar 1904.*

Tumor des lateralen und oberen Theils der Schilddrüse, aufgefunden bei der Autopsie eines 47jährigen Mannes. Der Tumor war von herdförmigen Hohlräumen durchsetzt, die mit Eiter gefüllt waren, der sich spontan an der Uebergangsstelle vom Pharynx und Oesophagus in den letzteren entleert hatte.

Es handelt sich entweder um ein Carcinom der Schilddrüse oder ein Oesophaguscarcinom, das sich secundär auf die Schilddrüse fortgesetzt hat.

PAUL RAUGÉ.

g. Oesophagus.

121) **Thomas Williams. Der angeborene Verschluss des Oesophagus. (The congenital occlusion of the oesophagus.)** *Lancet. 6. Februar 1904.*

Zweitägiges Kind, das die zu sich genommene Milch stets wieder erbrach: dabei Erstickungsanfälle und Husten. Bei der Digitalexploration des Rachens fand man den unteren Abschnitt desselben dilatirt; der Finger konnte keine Oeffnung fühlen. Der Blindsack reichte ungefähr bis zum Uebergang vom Pharynx zum Oesophagus. Tod in 2 Tagen. Sektion nicht möglich.

Es scheint zwei Formen congenitalen Verschlusses zu geben, eine, bei der die oberen und unteren Theile durch einen fibrösen Strang verbunden sind und eine andere, bei der der untere Theil sich in die Trachea oder zum Bronchus öffnet. Die letztere Form ist die häufigere.

ADOLPH BRONNER.

122) **Thomas Lusher Coley. Ein Fall von Oesophagusstrictur, complicirt durch subphrenischen Abscess. (A case of stricture of the Esophagus complicated by subdiaphragmatic abscess.)** *Medicine. März 1904.*

Pat. hatte eine Strictur am cardialen Ende des Oesophagus, die in Folge einer corrosiven Entzündung von phlegmonösem Typus entstanden war. Pat. hatte nämlich eine Chlorzinklösung getrunken. Die phlegmonöse Entzündung des unterhalb des Zwerchfells gelegenen Speiseröhrenabschnitts führte zu einem subphrenischen Abscess. Dieser communicirte in der Folge mit der linken Pleurahöhle, verursachte ein ausgedehntes Empyem, das loculär war und die Lungenlappen von einander trennte. Schliesslich resultirte eine eitrige Peritonitis.

EMIL MAYER.

123) **A. Exner** (Wien). **Ueber die Behandlung von Oesophaguscarcinomen mit Radiumstrahlen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1904.*

Mit einem am unteren Ende mit einer Radiumkapsel versehenen Oesophagusbougie konnte E. in drei Fällen eine Erweiterung der Stenose beobachten, obwohl die Behandlung stets nur mit einer Sonde (No. 16) vorgenommen wurde. Es

trat Zerfall des Carcinomgewebes ein. Auf diese Weise dürfte es möglich sein, bei noch permeablen Stenosen die Gastrostomie umgehen zu können, doch sei eine Verbesserung der Technik nöthig.

CHIARI.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A. Kuttner** (Berlin). **Die nasalen Reflexneurosen und die normalen Nasenreflexe.** Berlin 1904. Verlag von August Hirschwald.

Diese, Sir Felix Semon gewidmete Arbeit von 252 Seiten behandelt das viel umstrittene Thema historisch und klinisch in erschöpfender und zugleich lebendiger Darstellung. Kuttner versteht es, die nasalen Reflexneurosen auf ihr richtiges Maass zurückzuführen und steht diesbezüglich vielfach auf demselben Boden, wie der Referent.

Nach kurzer historischer Einleitung bespricht K. den physiologischen, pathologischen Reflex und die Reflexneurose. K. zieht in den Kreis seiner Betrachtung nur diejenigen Abweichungen von der normalen Reflexthätigkeit und von der normalen Mitempfindung, welche auf funktionellen Störungen im nervösen Apparat des Reflexbogens beruhen, soweit sie die Nase betreffen. Als physiologische Nasenreflexe zählt er der Niesakt, die Thränenabsonderung, den Nasenhusten, den Athmungsstillstand in der Exspiration, Aenderungen im Typus der Athmung, Krämpfe im Gebiete des Kehlkopfes, der Bronchien und des Zwerchfells, vasomotorische Reflexe und Drucksteigerung im peripheren Gefässsystem auf, von welchen Reflexen aber viele durch Reizung jedes sensiblen Nervens hervorgerufen werden können.

Ob die Absonderung von Speichel und Magensaft von der Nase aus (durch den Nervus olfactorius) angeregt wird, ist zweifelhaft.

Die Mitempfindungen oder Irradiationen, welche von der Nase ausgehen, sind nicht zahlreich und bei normalen Individuen nicht heftig. Alle die Schmerzen, Empfindungen und Veränderungen, welche durch Fortleitung von Entzündung, durch Stauung oder Behinderung der Nasenathmung veranlasst werden, schliesst K. ebenso wie der Referent von den Reflexen aus.

Was nun die einzelnen Reflexneurosen anlangt, so bespricht K. zunächst das nasale Bronchialasthma. Auch bei ihm ist eine functionelle Störung des centralen Nervensystems Grundbedingung; die auslösende Gelegenheitsursache aber muss in der Nase und nur dort ihren Angriffspunkt haben.

Das Alpdrücken fasst K. als Vorstufe des Asthmas auf; es scheint aber, dass er es auch als Folge von Verstopfung der Nase betrachtet, wie es schon der Referent und andere Autoren thaten. Auch in Bezug auf asthmatogene Punkte in der Nase befleissigt sich Kuttner einer lobenswerthen Zurückhaltung; er fand in der ganzen Literatur kein Dutzend Fälle, „wo man durch mechanische Reizung eines kritischen Punktes einen typischen Anfall mit Sicherheit auslösen konnte“.

Die Behandlung muss alle pathologischen Veränderungen der Nase beseitigen, darf aber dabei den allgemeinen Zustand und die Veränderungen des Nerven-

systems nicht ausser Acht lassen. Ausserdem sind besonders diätetische und klimatische Kuren wirksam. Beim Fehlen von pathologischen Veränderungen und asthmatogenen Punkten in der Nase unterlasse man jede Operation. Uebrigens schreibt Kuttner mit Recht den Erfolg der Operationen oftmals der suggestiven Einwirkung des Arztes zu.

Sicher angezeigt ist die Behandlung aller pathologischen Erscheinungen in der Nase bei dem nervösen Schnupfen in seinen verschiedenen Formen, vom Niesreiz bis zum heftigen Heuschnupfen. Doch hat man Acht zu geben, dass der ohne dies nervöse Patient durch zu langdauernde intranasale Therapie „nicht noch nervöser gemacht werde".

Einen gesetzmässigen Zusammenhang zwischen Nase und Sexualorgan kann Kuttner wie die meisten Autoren nicht anerkennen. Die zweifellos beobachtete günstige Beeinflussung der Dysmenorrhoe von der Nase aus, welche einige Autoren, wie besonders Fliess und Schiff, fast regelmässig beobachteten, hält K. mit Wahrscheinlichkeit für bedingt durch psychische Beeinflussung. Kuttner selbst hat nur 2mal das Cocain bei Menstruationsbeschwerden wirksam gefunden.

Dass Epilepsie und Morbus Basedowii hier und da von der Nase aus günstig beeinflusst werden können, gibt K. ohne Weiteres zu, doch warnt er vor zu weitgehenden Hoffnungen diesbezüglich, da die günstigen Erfolge sehr selten sind und das einzige Kriterium der Erfolg der localtherapeutischen Maassregeln ist. Jedenfalls soll man nur in der Nase operiren, soweit es der objective Nasenbefund erfordert.

Herzneurosen, namentlich Herzbeklemmungen und Herzklopfen als Folgen von besonders empfindlicher Nasenschleimhaut kommen unzweifelhaft vor, sind aber selten und müssen nach den bei Asthma nasale besprochenen Grundsätzen behandelt werden.

Röthung der Conjunctiva, Thränenfluss, Schwellung der Lider und Lichtscheu werden ziemlich häufig von der Nase aus erregt und können von hier auch oft geheilt werden.

Neuralgien, welche von einzelnen Punkten in der Nase ausgelöst werden, aber nicht in der Nase sitzen, rechnet Kuttner unter die Mitempfindungen. Sie können sicher in einzelnen Fällen von der Nase aus geheilt werden; aber ein gesetzmässiger Zusammenhang, oder die Fliess'sche Trias (Schmerz an der Spitze des Schulterblattes, am Schwertfortsatz und in der Nierengegend) oder typische Reizpunkte in der Nase sind nicht nachzuweisen.

Die anderen als nasale Reflexneurosen beschriebenen Leiden, wie Aphonia spastica, Schwindel, Erbrechen, Facialiskrämpfe, Speichelfluss, Exantheme, Enuresis und Incontinenz etc. sind entweder durch Fortleitung entzündlicher Vorgänge oder durch Verschleppung von Entzündungserregern bedingt oder als rein nervöse oder hysterische Erscheinungen aufzufassen.

Wir müssen Kuttner dankbar sein, dass er überall an die Kriterien des nasalen Ursprunges dieser besprochenen Leiden den strengsten Maassstab angelegt hat; denn dadurch wird das Ansehen der Rhinologie gewiss mehr gefördert als durch die maasslose Anpreisung der intranasalen Eingriffe als Panacee gegen alle Nervenleiden.

Ein Literaturverzeichniss von 23 Seiten erhöht den Werth des trefflichen Buches bedeutend. Ausstattung und Druck sind tadellos. O. Chiari (Wien).

b) H. Beckmann. **Das Eindringen der Tuberculose und ihre rationelle Bekämpfung, nebst kritischen Bemerkungen zu E. v. Behring's Tuberkulosebekämpfung.** S. Karger. Berlin 1904.

Der Verfasser fasst die Resultate seiner Ausführungen folgendermaassen zusammen (S. 46/47):

Die Tuberculose dringt meistens, wie auch die eitrigen Katarrhe der Luftwege und die meisten der durch Inhalation aufgenommenen Krankheiten, an der Rachenmandel in den menschlichen Organismus ein.

Beim Kinde gelangen die Tuberkelbacillen von der Rachenmandel in die Halsdrüsen und von hier auf dem Lymphwege in die Bronchialdrüsen, wo sie entweder liegen bleiben oder verschiedene Wege einschlagen können. Am häufigsten verbreiten sie sich nach Durchbrechung der Drüsenkapsel auf die Nachbarschaft, besonders Brustfell und Lunge, oder sie gelangen in die Blutbahn und veranlassen Metastasen oder Miliartuberculose.

Die Skrophulose beruht auf dem Zusammenwirken der an der Rachenmandel aufgenommenen Eiterkokken und Tuberkelbacillen. Dem Mangel an Widerstandskraft gegen diese beiden Infectionen entspricht die allgemeine Disposition zur Tuberculose und äussert sich besonders in der gewaltigen Reaction des Lymphdrüsenapparates.

Mit der Rückbildung dieser Lymphdrüsen einschliesslich der Mandeln wird auch die Aufnahme der Tuberculose erschwert; sie gelangt aber andererseits, unterstützt durch veränderten Athemtypus, auf directem Wege von der Rachenmandel über die Halsdrüsen zur Lungenspitze.

Die Gefährlichkeit der Tuberculose für den Erwachsenen beruht weniger in der Neuaufnahme der Bacillen als in der Mobilisirung alter Drüsenherde durch acute Rachenmandelinfectionen und deren Verschleppung in die Lungenspitze oder in der Reactivirung alter Lungenherde.

Nur die über die Halsdrüsen zur Lungenspitze gelangenden Tuberkelbacillen führen unter Beihülfe der Eiterkokken zur typischen Lungenschwindsucht. Dringen die Bacillen auf anderem Wege ein, etwa durch Darm oder Haut, oder gelangen sie von den Halsdrüsen aus nicht in die Lungenspitzen, so veranlassen sie keine Lungenschwindsucht und werden auch sonst dem Menschen meist nicht gefährlich.

Die Bekämpfung der Tuberculose sieht ihre Hauptaufgabe in der Verschliessung der Hauptinfectionspforte für Tuberkelbacillen und Eiterkokken. Dies wird erreicht durch möglichst vollkommene Abtragung der Rachenmandel und eventuelle Behandlung der Nase, der Gaumenmandeln und Halsdrüsen nach erörterten Grundsätzen. Wir werden die oberen Luftwege frei durchgängig, frei von Secret und undurchlässig für Infectionskeime, also vollkommen leistungsfähig machen, etwa in dem Sinne wie der Zahnarzt das Gebiss.

Die Erreichung dieses Zieles liegt durchaus in den Grenzen der Möglichkeit, wird aber in erster Linie von der Technik des Operateurs abhängen. Practisch

würde sich das im Grossen so gestalten, dass diese Behandlung in den bestehenden Ohren- und Nasenkliniken oder in Specialinstituten von besonders ausgebildeten Aerzten vorgenommen würde.

Diese Behandlung kommt nicht nur für Scrophulöse, für Tuberculöse in den Initialstadien, Tuberculoseverdächtige und alle diejenigen, welche wir für besonders disponirt halten müssen, in Betracht, sondern vor allem für die Kinder lungenkranker Eltern, wenn sie mit ihnen zusammen wohnen. Gegenüber der üblichen Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlung, die lediglich die Abheilung der einzelnen Attacke erstrebt, erzielen wir eine weitgehende Verhütung der Recidive durch Ausschaltung der pyogenen Reinfectionen und damit eine Dauerheilung.

So lange nicht das sehnlichst erwartete Heilserum sicheren Schutz gegen Tuberculose gewährt — und ich fürchte, dass das noch nicht so bald sein wird —, ist diese Behandlung als die rationelle und Erfolg versprechende anzusehen. Unterstützt wird dieselbe durch die erprobten hygienisch-diätetischen Methoden unter besonderer Betonung der Wohnungshygiene und der Vermeidung der pyogenen Infectionen. A. Kuttner.

c) **H. v. Schrötter. Weiterer Beitrag zur Kenntniss des Skleroms.** Verhandlgn. der Deutsch. Pathol. Gesellsch. zu Kassel, 21. bis 25. September 1903. No. XXX. S. 215.

H. v. Schrötter berichtet über einige weitere Skleromfälle, die für unsere Kenntniss von dem Verlauf, von der Pathogenese und der Ausbreitung dieses Leidens von Bedeutung sein dürften. In zwei Fällen ist die Zunge stark retrahirt und von den Gaumenbögen fixirt, so dass es zu einer hochgradigen Stenosirung des Isthmus faucium gekommen ist. Bei der einen dieser Kranken scheint das schon seit mehr als 20 Jahren datirende Leiden zum Stillstand gekommen zu sein. Ein dritter Fall spricht dafür, dass die Infection mit dem Sklerombacillus Jahrzehnte hindurch latent bleiben kann. Ein weiterer Fall zeigt, dass die beim Sklerom sich bildenden Kehlkopfdiaphragmen sich von den gewöhnlichen Diaphragmen, bei denen es sich um dünne, membranartige Bildungen handelt, in charakteristischer Weise unterscheiden: beim Sklerom handelt es sich um Schrumpfungsproducte, die immer das Signum ihrer Entstehung an sich tragen. Wiederholentlich wurden im Anfangsstadium papillomatöse Wucherungen der Schleimhaut beobachtet. Das Vorkommen des Leidens bei Geschwistern (8 Fälle) und bei Eltern und Kindern (1 Fall von H. v. Schrötter) ist sichergestellt. Die Uebertragungsversuche auf das Thier und den Menschen (Selbstinfection von H. v. Schrötter) sind bisher resultatlos geblieben.

Die von Wilde, Klemperer und Scheier gegen die Specifität des Sklerombacillus erhobenen Einwände weist der Verf. entschieden zurück; Kraus und Clairmont stützen neuerdings seine Auffassung. Eine Uebersichtskarte über Europa zeigt, dass die westlichen Gebiete des alten Königthums Polen der Hauptsitz der Sklerомerkrankung sind. Von Galizien aus breitet sich die Erkrankung nach Russland, Schlesien, Ostpreussen und Mähren hin aus. Auch in Ungarn, Italien, in der Schweiz und vielleicht auch in Spanien sollen vereinzelte Sklerom-

fälle vorgekommen sein. Der Vortragende verlangt eine ständige Ueberwachung der Skleromkranken und ihrer Umgebung und Anzeigepflicht.

In der Discussion hebt Herr Plehn hervor, dass die unter dem Namen „Gunda" beschriebene Nasengeschwulst des Negers wahrscheinlich mit dem Rhinosklerom identisch sei. A. Kuttner.

d) **R. Imhofer. Die Krankheiten der Singstimme für Aerzte; nebst einem Kapitel „Gesangstechnik"** von M. Wallerstein, Gesangspädagog in Prag. Berlin 1904. Otto Enslin.

Das vorliegende Buch ist eine anerkennenswerthe Arbeit, eine Ergänzung zu den Büchern über Erkrankungen der oberen Luftwege. Das Werk hat ein durchaus subjectives Gepräge trotz der naturgemäss einen breiten Raum einnehmenden referirenden Wiedergabe von Lehren anderer. Imhofer verlangt vom Arzte, der Gesangsstimmen behandeln will, ein ausgezeichnetes musikalisches Gehör und ausreichende Kenntnisse über die Methodik der Stimmbildung; er befürwortet ein Zusammenwirken von Arzt und Gesanglehrer, zieht aber die Grenzen der Befugnisse des Arztes theoretisch zu eng, indem er dem Arzte das Recht abspricht, auf die Gesangsmethode einen Einfluss auszuüben. Er führt, wie alle Fachkundigen, eine Reihe von Stimmgebrechen auf falsche Schulung, z. B. Singen in falscher Stimmlage, harten Ansatz u. s. w. zurück. Da aber dieser unhygienische Stimmgebrauch in der grossen Mehrzahl aller Fälle nicht etwa Folge von Missachtung richtiger Vorschriften ist, sondern von vielen Schulen gelehrt wird, so sucht Imhofer dennoch — und mit Recht — entgegen seiner theoretischen Ansicht einen einschneidenden Einfluss auf die Gesangsmethode auszuüben, wenn er sich gegen diese Schädigungen wendet. Es ist entschieden das Recht und die Pflicht eines auf diesen Gebieten hinreichend orientirten Arztes, auf hygienische Missstände in den Gesangsmethoden hinzuweisen und Vorschläge (nicht Vorschriften) zur Abstellung derselben zu machen. Dass der Arzt dem Gesangslehrer bei rein ästhetischen und rein pädagogischen Fragen, die mit der Gesundheit des Sängers nichts zu thun haben, nicht dreinreden darf, ist selbstverständlich. — Imhofer empfiehlt zwar die Uebungstherapie, erörtert jedoch nicht hinreichend detaillirt die hygienischen Kardinalfehler der Methoden und bezeichnet daher die Wege zu ihrer Abstellung und Umgehung auch nur andeutungsweise. Flüsterübungen werden von ihm verworfen, weil bei ihnen die Stimmbänder gar nicht gespannt werden. Dieser Grund für sich allein genügt zur Ablehnung nicht. Denn Bottermund (Arch. f. Laryng. VII) empfahl die Flüsterübungen, um die Articulationsmuskeln einzuschulen und die Resonanzräume für die Tonbildung gründlicher ausnützen zu lassen, als es Sänger mit Stimmgebrechen gewöhnlich thun, die ihren Stimmfehler oft dadurch heimtragen, dass sie ihre Unfähigkeit, die Resonanzräume richtig zu verwerthen, durch Ueberanstrengung der Stimmmuskeln irriger Weise ausgleichen wollen. Dass dem Buche eine kurze Gesangstechnik von einem Gesangspädagogen beigegeben ist, verdient besonderer zustimmender Erwähnung; leider fehlt aber die unentbehrliche Brücke von diesem Wallerstein'schen Kapitel zu Imhofer's Ausführungen, wenngleich einige zarte Fäden wohl hinüberziehen. Auf Wallerstein's zum Theil von den gewohnten Lehren abweichende Ansichten über Re-

gister, Charakteristik der Stimmgattungen einzugehen, fehlt es hier an Raum, in manchen Stücken auch an Befugniss.

Einige hervorstechende Punkte aus dem Buche seien hier kurz erwähnt: Imhofer stellt eine bei Sängern häufige „Pharyngitis dyspeptica (gastrica)" auf, welche sich in Varicenbildung, sulziger Quellung der Schleimhaut, oft mit Vergrösserung der Zungentonsille, bei chronischer Obstipation und gastrischen Störungen offenbart. — Er betont, ohne Bottermund's entsprechende Beobachtung zu kennen, die häufige Harmlosigkeit einseitiger Stimmlippenröthung bei Sängern und hält die vordere Commissur für eine Prädilectionsstelle von Sängerkatarrhen. Er macht auf die Schädigung der Stimme durch frühzeitigen Beginn der Sängerlaufbahn, durch Reisen, Uebelstände des Bühnenwesens, Aufenthalt in Cafés etc. aufmerksam und widmet dem Mutiren und den Altersveränderungen der Stimme ein eigenes dankenswerthes Kapitel. — Die Inhalationstherapie hält Imhofer bei Singstimmerkrankungen für völlig werthlos; eine Ausnahme machen Rosenberg's Mentholöl- und Moorhof's Amm. chlorat.-Inhalationen. — Dass für die sogenannten functionellen Neurosen durchaus einmal ein anatomisches Substrat gefunden werden müsste, wie Imhofer meint, ist wohl nicht ohne Vorbehalt zu unterschreiben. — Bei der Definition der Mogiphonie übersieht Imhofer, dass es sich um eine nur bei professionellem Gebrauche der Stimme auftretende Phonasthenie handelt. Ein instructiver Fall von Versagen der den Aryknorpel fixirenden Function des M. cricoarytaenoideus posticus bei hohen Tönen wird ausführlich besprochen; hier hätte Neumayer's Arbeit (Arch. f. Lar. IV) Berücksichtigung verdient. — Die Elektrotherapie findet eine kurze, aber anschauliche Besprechung; Imhofer bevorzugt den faradischen Strom und zwar die endolaryngeale Application und warnt mit Recht vor zu protrahirter Anwendung. — Die Sängerknötchen werden ausführlich abgehandelt; Imhofer erklärt die Grenze zwischen vorderem und mittlerem Drittel der Stimmlippen zwar für Prädilectionssitz, keineswegs aber für constanten Sitz der Knötchen. Er unterscheidet epitheliale und glanduläre Knötchen: die glanduläre Provinenz hat er in zwei Fällen an austretenden Schleimtröpfchen erkannt. Galvanokaustik und Aetzmittel wären bei glandulären Knötchen contraindicirt. — Einflüsse von Allgemeinerkrankungen, Gravidität, Menstruation auf die Stimme erfahren eine übersichtliche Besprechung; auch die Hygiene und Diätetik der Stimme ist, wenngleich nicht lückenlos — es fehlt hier eben eine unbedingt nothwendige Würdigung der Gesangsmethoden in hygienischer Beziehung — so doch klar abgehandelt und enthält manche beachtenswerthen Vorschläge. M. Bukofzer (Königsberg).

e) **Th. S. Flatau. Die Prophylaxe bei Hals- und Nasenkrankheiten.** Nobiling Jankau: Handbuch der Prophylaxe. Abth. III. München 1900. Seitz und Schauer.

Im ersten Kapitel bespricht F. die allgemeine Prophylaxe bei Hals- und Nasenkrankheiten und zwar zunächst die Leistungshemmungen der Athmung und des Geruchs. Er weist darauf hin, dass die venöse Stauung und eine abnorme Disposition zur acuten Rhinitis die häufigste Ursache der Leistungshemmungen abgeben. Die Aufgabe des gewissenhaften Specialarztes kann es nicht sein,

etwaige Schwellungen der Schleimhaut zu beseitigen, sondern der Ursache der Störungen auf den Grund zu gehen, unhygienische Lebensweise, unhygienische Aufenthaltsräume, insbesondere Arbeits- und Schulräume sind besonders zu beachten. Im Kindesalter kommt noch die Beobachtung des Reconvalescenzstadiums der acuten Infectionskrankheiten als besonders wichtig für die Prophylaxe hinzu. „Die Aufgaben der ärztlichen Prophylaxe sind im Wesentlichen diätetisch-gymnastische im weitesten Umfang dieses Begriffes. Nicht die schablonenhafte Verordnung von Evakuantien, oder irgend welcher Abreibungen, ut aliquid fecisse videatur, sondern nur eine sorgsam ausgewählte, gewissenhaft zu überwachende, persönliche Behandlung und Pflege kann eine wirksame Verhütung jener örtlichen Erkrankungen darstellen, kann deren örtliche Behandlung gänzlich überflüssig machen, oder, wo sie nicht entbehrt werden kann, erst wirklich fruchtbar gestalten."

Auf Grund eigener sorgfältiger Studien, die Fl. in seiner Stellung als Lehrer der Stimmphysiologie und Gesangshygiene an der Kgl. acad. Hochschule für Musik anzustellen Gelegenheit hatte, skizzirt er in dem Capitel über die Prophylaxe der Leistungshemmung der Sprache zunächst die Frühformen der Störungen, deren richtige Beurtheilung er für die Prophylaxe die grösste Wichtigkeit beimisst. Die Prophylaxe besteht in der Beseitigung localer Veränderungen in Nase, Rachen und Kehlkopf, dann aber „muss durch zweckmässigen Unterricht das Organ nur allmählich den schwierigeren und höheren Anforderungen angepasst werden; sind Störungen vorhanden, die die leichte und ungezwungene Action der Phonation aufheben oder erschweren, so müssen die Leistungen entsprechend eingeschränkt oder aufgehoben werden".

In dem Capitel über die specielle Prophylaxe haben die acuten Infectionskrankheiten, die Tuberculose und Syphilis eingehende Berücksichtigung gefunden.

In einem Schlusskapitel behandelt Verf. die Prophylaxe der Blutungen bei Hals- und Nasenkrankheiten.

Die kleine Schrift ist so reich an Gedanken und practischen Winken, dass eine sorgfältige Lectüre derselben sich reichlich lohnt. Edmund Meyer.

---

f) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 22. Januar 1904.

E. Meyer zeigt: 1) das Präparat eines cavernösen Angioms des Kehlkopfs, das er einem 13jährigen Knaben mittelst Laryngofissur und galvanokaustischer Schlinge entfernt hat. Es sass subglottisch in der Gegend des r. Proc. vocal. und füllte den ganzen oberen Kehlkopfabschnitt aus, so dass hochgradige Dyspnoe bestand.

Unter dem Mikroskop zeigte es sich zusammengesetzt aus cavernösem Gewebe und frisch gebildeten Gefässen.

2) Das Präparat eines mit strahligen Narben versehenen Pharynx und Larynx. Die 56jähr. Pat. wurde wegen Suffocation tracheotomirt. Die ganze Zungenoberfläche, das Velum und die hintere Rachenwand zeigten strahlige Narben;

vom Zungengrund zogen ebensolche nach der hinteren Rachenwand und der Epiglottis, die nur noch als Stumpf übrig geblieben war; hinter dieser sah man einen sagittal gestellten Schlitz, der von den narbig veränderten aryepiglottischen Falten begrenzt wurde, und durch den man mit der Sonde in den Larynx gelangte.

Die Narbenzüge wurden durch Incisionen und Galvanokaustik gespalten und durch Bougies dilatirt; nach Entleerung eines Abscesses trat Besserung ein, dann stellte sich ein von der Tracheotomiewunde ausgehendes Erysipel ein, dem Pat. trotz Antistreptokokkenseruminjection erlag.

Finder stellt 1) ein 21jähr. Mädchen mit einem daumengliedgrossen Schilddrüsentumor der Zungenbasis vor, von dem mittelst galvanokaustischer Schlinge ein Stück zum Zweck der mikroskopischen Untersuchung entnommen war; dieselbe stellte die unzweifelhafte Anwesenheit von Schilddrüsengewebe fest.

2) ein 3jähr. Mädchen mit einer gleichen Geschwulst, die schon ein Jahr vorher constatirt worden war und seitdem bis zu Kleinfingergliedgrösse gewachsen ist.

Diese Geschwülste sind gew. halbkuglig und sitzen am Foramen coecum, betreffen gewöhnlich weibliche Patienten meistens in der Pubertät und machen Schluck-, Sprach- und Athemstörungen; in einigen Fällen fehlte die normale Schilddrüse, so dass nach der Entfernung des Tumors Myxödem auftrat. Es handelt sich um eine fötale Bildung.

Flatau sah eine Struma aberrata am Zungengrund einer 40ähr. Pat. von der Grösse einer kleinen Kartoffel, die Suffocationserscheinungen machte. Er entfernte sie mittelst Ecraseur; eine Nachblutung stillte er durch Compression.

Treitel sah vor einigen Jahren bei einer Pat. ebensolche Geschwulst, die aber keine Beschwerden machte.

E. Meyer warnt wegen der Blutungsgefahr vor Anwendung der galvanokaustischen Schlinge und räth zur Pharyngotomia subhyoidea.

Flatau hielt sich in seinem Falle zu seinem Eingriff berechtigt, da eine Indicatio vitalis vorlag und Assistenz nicht zur Verfügung stand.

Katzenstein stellt noch einmal den von Levy in der vorigen Sitzung demonstrirten Pat. vor, weil er diesen Fall gegen die Grossmann'sche Auffassung verwerthen zu können glaubt. Das erkrankte Stimmband steht in der Nähe der Medianstellung, es handelt sich aber nicht um eine Recurrens-, sondern um eine Posticuslähmung, denn durch Reizung des Recurrens mittelst faradischen und constanten Stromes konnte man eine Zuckung des gelähmten Stimmbandes nach der Medianlinie hervorrufen. Allerdings handelt es sich um complicirte Posticuslähmung, da durch den wahrscheinlich syphilitischen Process an der Hirnbasis gleichzeitig der Vagus und somit auch der Laryng. sup. gelähmt ist. In Folge dessen kann der M. vocalis seiner Function nicht mehr genügen, weil derselbe nur bei Anspannung des M. cricothyreoideus sich richtig contrahiren kann.

Kuttner bezeichnet die Stellung des Stimmbandes als ungefähre Cadaverposition; bei Phonation wird es vom gesunden Stimmbande nicht einmal erreicht. Es handelt sich wohl um eine schwere Recurrensschädigung, so dass er zwar für

normale Reize vom Cerebrum nach der Peripherie undurchgängig ist, aber auf künstliche Reize doch noch reagirt, so dass das Stimmband bei percutaner Galvanisirung nach der Mittellinie geht.

Levy hat denselben Befund erhoben wie Katzenstein; der Cricothyr. ist gelähmt.

Kuttner: Wenn nur der M. postic., cricothyr. und int. gelähmt wäre, müsste man eine Adductionsbewegung im Stimmbande selbst sehen in Folge der Function des lateralis.

Katzenstein: Der Lar. sup. ist ergriffen, denn das kranke Stimmband steht etwas tiefer als das andere und der Cricothyr. und Int. functioniren nicht, die physiologische Function ist kräftiger als ein schwacher elektrischer Strom (3 M.A.). Die Stellung des Stimmbandes ist auch keine Cadaverposition.

Flatau demonstrirt den in der vorigen Sitzung besprochenen Phonophotographen, ferner einen Apparat zur Durchleuchtung des Kehlkopfes, der eine Nernstlampe und einen vor derselben befindlichen Wasserkasten enthält, welcher die Wärmestrahlen absorbirt, weiter sein phonographisches Vervielfältigungsverfahren und einen Apparat, der gestattet, Schallwellen umzukehren.

Sitzung vom 19. Februar 1904.

Echtermeyer stellt eine 17jährige Patientin vor, die wegen einer specifischen Laryngostenose vor 2 Jahren tracheotomirt worden ist. Die Epiglottis zeigt einen narbigen Defect, zwischen den Stimmbändern spannte sich eine die Glottis bis auf eine kleine Oeffnung verschliessende Membran aus. Nach mehrfacher Spaltung derselben und Intubation ist jetzt eine Oeffnung von der halben Weite der normalen Glottis erzielt, die die Athmung ohne Canüle ermöglicht.

Zacke stellt eine Pat. mit einem bohnengrossen weissen Zungenpapillom vor, hinter dem sich noch mehrere kleine finden. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Stückchens zeigt eine Verlängerung der Epithelschicht, ähnlich wie bei der sog. schwarzen Haarzunge, und eine Infiltration im subepithelialen Gewebe.

B. Fränkel hat eine ähnliche Erkrankung am harten Gaumen gesehen, an dem sich das Papillom in diffuser Form zeigte; unter dem Mikroskop sah man eine epitheliale Verdickung in papillärer Form. Die Exstirpation brachte dauernde Heilung.

P. Heymann zeigt einen Pat. mit fast geheiltem Prolapsus ventriculi. Vor einigen Wochen war die Ventrikelschleimhaut beiderseits weit vorgefallen, jetzt sieht man auf der linken Seite einen rothen, das Stimmband zum Theil verdickenden, sammetartigen und etwas reponirbaren Wulst. Die Besserung wurde durch Mentholeinspritzungen erzielt.

Flatau und Gutzmann: Zur Physiologie des Gesanges.

F. und G. haben durch einen Registrirapparat aufgezeichnet 1. die Bewegung und Stülpung der Lippen, 2. die Bewegungen des Unterkiefers nach oben

und unten, 3. die Hervorwölbung und das Zurücktreten des Mundbodens als Ausdruck der Zungenbewegungen, 4. das Heben und Senken des Kehlkopfes, 5. das Vor- und Zurücktreten des Kehlkopfes zugleich mit der Verticalrichtung.

Aus den in einem Referat schwer wiederzugebenden zahlreichen Einzelergebnissen der Untersuchungen seien einige der Gesammtresultate hervorgehoben.

Es wurden die Erscheinungen der Bildung eines Tones auf verschiedene Vocale, ferner auch verschiedene vorab gesungene Scalen durch ein und durch zwei Octaven festgestellt; dabei ergaben sich zwei vollkommen von einander unterschiedliche Bewegungstypen, sowie ein zwischen ihnen stehender Mischtypus. Den ersten Typus zeigen die Natursänger und schlecht geschulte Berufssänger.

1. Vorstülpen und Zurückziehen der Lippen entsprechen den differenten Vocalstellungen; die Gesammtbewegungen sind aber nicht stärker, als man sie auch beim Sprechen findet.

2. die Bewegungen des Unterkiefers entsprechen ebenfalls den gesprochenen Vocalen und sind ziemlich stark ausgeprägt.

3. Die Mundbodenbewegungen sind minimal, ebenfalls nicht grösser, als man sie bei den verschiedenen Vocalen im Sprechen vorfindet.

4. Die Verticalbewegung des Kehlkopfes ist sehr stark vorhanden; er steigt und sinkt mit der Scala.

5. Die Sagittalbewegungen des Kehlkopfes treten bei hohem Steigen desselben deutlich auf und zwar mit dem Steigen nach vorne, beim Sinken wieder zur Indifferenzlinie zurück.

Den zweiten Typus zeigen die gutgeschulten Berufssänger.

1. Die Lippenstülpung ist sehr stark; die einzelnen Vocale lassen sich dabei schwer differenziren.

2. Die Bewegungen des Unterkiefers sind im Ganzen gering und zeigen keinerlei Vocaldifferenzen.

3. Die Bewegungen des Mundbodens sind sehr stark; hier lassen sich auch noch deutlich die Vocale differenziren und zwar oft nur hier allein.

4. Die verticalen Kehlkopfbewegungen sind sehr gering; man bemerkt ein deutliches Hinneigen zur Gleichgewichtslage.

5. Die Sagittalbewegung des Kehlkopfes ist gleich Null.

Der Mischtypus neigt bald mehr den Bewegungsformen der ersten, bald mehr der zweiten Art zu.

Der Kunstgesang zeigt demnach, dass

1. den Theilen des Ansatzrohres, besonders der Zungen- und Lippenmuskulatur eine ausserordentlich grosse Arbeit auferlegt wird, während der Kehlkopf, dadurch entlastet, wesentlich geringere Arbeit zu leisten hat;

2. die typischen natürlichen Vocalstellungen verschwinden und nur noch durch die Bewegungen der Zungenmuskulatur compensatorisch dargestellt werden, während alle übrigen Theile eine Einheitsstellung zu erreichen streben.

Sitzung vom 18. März 1904.

Echtermeyer stellt einen 37jähr. Pat. vor, der seit Ende 1902 heiser, damals unter beiden Stimmbändern längliche rothe Wülste zeigte; dieselben nahmen

allmählich zu, so dass im October v. J. tracheotomirt werden musste. Jodkali und eine Quecksilberkur blieben ohne Erfolg. Mehrfach vorgenommene Probeexcisionen zum Zweck mikroskopischer Untersuchung klärten die Diagnose nicht auf. Die Infiltration ergriff allmählich auch die aryepiglottischen Falten und die Schleimhaut über den Aryknorpeln. Es handelt sich wahrscheinlich um ein Carcinom.

Flatau demonstrirt ein 8jähr. Mädchen mit verschiedenen Zeichen einer hereditären Lues. Die Nase, deren Septum ganz verloren gegangen war, sank ein und die Spitze wuchs an der Oberlippe an. Nachdem diese Verwachsung gelöst war, wurde durch Paraffininjection der Rücken gehoben.

Börger stellt einen 50jähr. Pat. aus der Universitätsklinik für Hals- und Nasenkranke mit einem Chondrom des Larynx vor. Seit 5 Jahren hat Pat. beim Essen fester Speisen Schmerzen, seit 2 Jahren ist er heiser und hat bei körperlichen Anstrengungen Athembeschwerden, die allmählich zunahmen.

Laryngoskopisch sieht man einen von der Ringknorpelplatte ausgehenden mit blassrother, praller Schleimhaut überzogenen, harten Tumor, der fast das ganze Lumen der Trachea bis auf einen schmalen vorne links gelegenen Spalt ausfüllt.

Es soll an dem Pat. die Totalexstirpation vorgenommen werden.

Schötz ist gegen dieselbe, er räth vielmehr zur Exstirpation des Ringknorpels, wie sie Böcker in einem ähnlichen Falle mit bestem Resultat ausgeführt hat, und dies um so mehr, als diese Operation einmal eher weniger gefährlich als die Totalexstirpation ist und dem Pat. die natürliche Stimme lässt.

B. Fränkel hat dem Pat. die drei möglichen Operationsverfahren: Tracheotomie, Exstirpation des Ringknorpels, die das dauernde Tragen der Canüle nöthig mache und eine gewisse, vielleicht grössere Lebensgefahr involvire als die Totalexstirpation und diese selbst vorgeschlagen. Der Pat. hat sich für die letztere entschieden.

Davidsohn zeigt das Präparat eines Siebbeins und der Schädelbasis einer Pat., die er wegen Empyem des Sin. ethmoidalis behandelt hatte. Einen Tag nach der Extraction polypöser und morscher Massen des Siebbeins, der eine starke Blutung folgte, so dass tamponirt werden musste, klagte Pat. über Nackenschmerzen; man sah in einem grossen Defect des Siebbeins und des vorderen Theils der mittleren Muschel eine pulsirende Masse. Die Temperatur, die Morgens sich nur ein wenig erhoben hatte, stieg Abends in die Höhe, und es trat Somnolenz ein. Am 4. Tage ging Pat. an Meningitis zu Grunde.

Bei der Autopsie fand sich dicht neben und hinter der Crista galli ein Defect in der Lamina cribrosa, in dessen Umgebung Knochen und Dura schmutzig verfärbt war, an der Basis und der Convexität Eiter. An der Stelle des Defectes war der Knochen jedenfalls cariös gewesen und ist dem Zuge des Instrumentes gefolgt.

Alexander glaubt nicht an eine Nekrose, wenn nicht Lues oder Tuberculose vorliegt; die Ränder des Defectes sehen auch nicht aus wie bei Caries.

Davidsohn: Bei der Autopsie waren die Ränder auch nicht so glatt; bei der geringen Gewalt, die bei der Operation angewendet wurde, kann auch eine Fractur nicht entstanden sein.

Ritter: Zur Anatomie des Stirnhöhlenausführungsganges und der vorderen Siebbeinzellen. R. demonstrirt eine grössere Serie entsprechender Präparate.

Ausgehend von dem Aufbau des Siebbeins aus Grundlamellen und interturbinalen Gängen zeigt er zunächst, wie die Gestaltung des unteren Stirnhöhlenabschnittes und die Bildung eines Stirnhöhlenausführungsganges abhängen von dem Zurückweichen oder stärkerem Vortreten der Grundlamelle der Bulla ethmoidalis; Siebbeinzellen des ersten interturbinalen Ganges (Infundibularzellen) können sich nach vorne in den Proc. uncinat. und Agger nasi hinein entwickeln; sie können den Stirnhöhlenausführungsgang von vorneher verengen, gelegentlich auch den Stirnhöhlenboden verdrängen. Eine andere Gruppe von Infundibularzellen entsteht durch blasenförmige Erweiterung des Endstücks eines nach oben abgeschlossenen Hiat. semilun. Diese Zellen können bedeutende Grösse erreichen und je nachdem sie medial oder lateral vom Duct. nasofrontal. sich entwickeln, diesen nach der entsprechenden anderen Seite verdrängen.

Bulla frontalis heisst jede Siebbeinzelle, die sich in die Stirnhöhle hinein vorbuchtet, gleichgiltig ob sie zu den Infundibularzellen gehört oder durch eine hoch hinauf geschobene Grundlamelle der Bulla ethmoid. gebildet wird. Diese Bullae frontal. können an allen Seiten neben dem Stirnhöhlenausführungsgang liegen. Weiter zeigt der Vortr. einige Präparate von Anomalien der Siebbeingrundlamellen, Berührung der Stirnhöhle mit hinteren Siebbeinzellen, Communication der Stirnhöhle mit vorderen Siebbeinzellen, Verlagerung der Stirnhöhlenmündung auf die Bulla ethmoid. und ähnliche.

Von besonderem Interesse ist ein Schädel mit 3 Stirnhöhlen; die linke ist in 2 völlig von einander getrennte, nebeneinander liegende Höhlen getheilt, deren jede einen besonderen Ausführungsgang besitzt, die beide nebeneinander im Infundibulum der linken Seite münden. A. Rosenberg.

---

g) Belgische oto-laryngologische Gesellschaft in Brüssel.

Jahresversammlung vom 6. und 7. Juni 1903.

Vorsitzender: Baco (Lüttich):

I. Sitzung am 6. Juni im St. Johanneshospital.

Zahlreicher Besuch von Inländern und Ausländern, darunter: Prof. Killian (Freiburg i. B.), Lermoyez, Mahu und Pasquier (Paris), Pugnat (Genf), Raoult (Nancy), Suarez de Mendoza (Paris), Vacher (Orleans), Posthumus Meyes (Amsterdam) etc.

Der Präsident eröffnet die Sitzung, indem er sein Bedauern ausspricht über den Verlust der im vergangenen Jahre dahingeschiedenen Mitglieder der Gesellschaft: Ch. Gevaerts von Gent, dem Vorsitzenden vom vorigen Jahre, und Koeher's aus Luxemburg, correspondirenden Mitgliedes; sodann begrüsst er die zahlreich erschienenen Collegen aus Deutschland, Frankreich, Holland und der Schweiz.

A. Vorzeigen anatomischer Präparate:

Schiffers (Lüttich): 1) eine Bronchialcyste, Länge von 10 cm bei einem 35jährigen Manne. Die äussere Fistelöffnung befand sich in der Gegend des rechten Sternalrandes über dem Sternoclaviculargelenk und eiterte. Die innere Oeffnung konnte nicht nachgewiesen werden. Excision. Heilung per primam.

Laurent macht auf die Schwierigkeit der Exstirpation und der Verhütung von Recidiven aufmerksam, besonders wenn die Cystenwand sehr dünn ist.

Custemans weist auf eine bekannte einfache Methode hin, um die Lospräparirung der Cystenwand zu erleichtern, bestehend in der Einspritzung von Wallrath.

Hennebert bringt seine Mittheilung vom vorigen Jahre in Erinnerung über eine blinde Cervicalfistel bei einem 16jährigen Mädchen und

Capart jr. führt einen analogen Fall an, welchen er im St. Petrushospital beobachtet hatte.

2) Ziemlich voluminöse aus dem Wharton'schen Gang excidirte Steine, welche sich durch kein Symptom bemerklich gemacht hatten. Sch. glaubt, dass viele Fälle von Pseudoranula dem Eindringen von Fremdkörpern in den Wharton-schen Gang zuzuschreiben sein, und deren Nichtentfernung bei Operationen Veranlassung zu Recidiven geben. In vielen Fällen liessen sich Recidive durch wiederholte Vornahme des Katheterismus vermeiden.

Baco zeigt einen voluminösen Stein des Wharton'schen Gangs vor, welcher seit 20 Jahren bestand und leicht nach Einpinselung mit Adrenalin blutlos entfernt werden konnte.

Hennebert citirt einen ähnlichen Fall, bei welchem in einer Sitzung eine Reihe von 12 kleinen Steinen entfernt wurde.

3) Kehlkopf eines 3 Monate alten, wegen Bronchitis und Laryngealstenose intubirten Kindes, welches am 3. Tage nach der Intubation an Bronchopneumonie gestorben war. Die Autopsie ergab subglottisches Oedem. Der Autor zieht daraus den Schluss, dass man, sobald es die Respiration erlaubt, detubiren soll.

Hennebert: Mikroskopische Präparate von einem Lymphosarkom der linken Mandel einer 32jährigen Frau, welches rasch recidivirte und sich generalisirte. Die mikroskopische Untersuchung des Schnittes lasse einen Unterschied der Neubildung von einer reinen Hypertrophie erkennen.

Baco: Massetertumor seit 2 Jahren bei einem 22jähr. Mädchen bestehend: wallnussgrosse, schmerzlose, nicht fluctuirende Geschwulst am unteren Theil der rechten Wange unterhalb des Stenon'schen Gangs, der gesund erschien, sitzend: sie macht den Eindruck einer geschlossenen subaponeurotischen Balggeschwulst: bei Eröffnung derselben durch die Aponeurose hindurch stiess man auf 2 kleine Speichelsteine, die sich in einer accessorischen Speicheldrüse entwickelt zu haben scheinen.

II. Sitzung vom 7. Juni im St. Johanneshospital.

B. Krankenvorstellung:

Henneberg (Brüssel): Pharynxaffection, wahrscheinlich tuberculösen Ursprungs (behufs Diagnosestellung!); 16jähriger junger Mann; mit Spuren von vereiterten Lymphdrüsen und infolge Milchsäurebehandlung mit progressiven Lösungen ausgeheilter ulceröser Infiltration der hinteren Pharynxwand; augenblicklich nimmt eine ähnliche Infiltration die hintere Laryngopharyngealwand ein mit zwei Ulcerationen mit grauem Untergrund, ohne Schmerzen oder sonstige Beschwerden zu verursachen.

Broeckaert: Die Verwendung von Paraffininjectionen bei der Behandlung der Ozaena. B. stellt 2 junge Mädchen vor mit chronischem atrophischem ozänösem Nasenkatarrh, bei welchem er die unteren Nasenmuscheln durch Einspritzungen von bei 45⁰ flüssigem Paraffin wiederhergestellt hatte. Die beiden Kranken hatten vergeblich jahrelang Nasenausspülungen vorgenommen und sonst noch eine Menge anderer Mittel versucht. Es existirt keine Borkenbildung mehr, keine Secretion dicken Schleims und kein stinkender Geruch trotz Unterlassung aller Ausspülungen seit einigen Monaten.

Die Vortheile des bei 45⁰ schmelzbaren Paraffins den bei höheren Graden schmelzbaren Producten gegenüber sind nach B. folgende:

1) ist die Technik bei der relativ langsamen Solidification viel leichter; die Injection braucht daher nicht so rasch ausgeführt zu werden und der Operateur kann die Wiederherstellung der Muschel unter einem sehr geringen Druck bewerkstelligen;

2) die Gefahren einer consecutiven Phlebitis sind vermindert dank der niedrigeren Temperatur, welche nicht mehr 55⁰ zu übersteigen braucht;

3) die Reaction in den Geweben scheint ihm günstiger zu verlaufen als bei Injectionen mit Paraffin von höherem Schmelzpunkt. Bei letzteren wird die ganze Paraffinmasse von fibrösem Gewebe umgeben, während bei dem bei 45⁰ schmelzbaren eine Infiltration von Paraffin in die Masse hinein statt hat, was zu einer intensiveren und ausgebreiteten Reaction Veranlassung giebt.

Die Paraffininjectionen, deren Quantität nie 2 ccm betragen darf, scheinen vollkommen gefahrlos zu sein. In allen Fällen, in welchen es gelungen ist, die Muscheln wiederherzustellen, fühlten sich die Patienten sofort erleichtert. Krustenbildung und stinkender Geruch verschwanden; besonders macht sich noch der günstige Einfluss derselben auf die Pharyngitis sicca bemerkbar. — Neben der mechanischen (raumbeschränkenden) Wirkung ist noch die physiologische zu verzeichnen: die histologische Untersuchung einer atrophischen mit Paraffininjectionen behandelten Schleimhaut lässt darin eine wahre Regeneration der sklerosirten Schleimhaut erkennen. Die Epithelien nehmen wieder ihre Turgescenz an und die Hornschicht stösst sich ab; das cavernöse Gewebe selbst nimmt an diesem Proliferationsprocess Antheil. Die Drüsen dagegen werden comprimirt und verschwinden, woraus sich die Abwesenheit der nauseabonden Secretion erklärt.

Delie verwendet zu seinen Injectionen amerikanisches Paraffin, welches aus 4 Theilen flüssigen Vaselins auf 10 Theile Paraffin besteht. Er bestätigt die Re-

sultate Broeckaert's und bemerkt nur, dass die Resultate je nach dem Zustande der Schleimhaut variiren; wenn man in einem Fall nicht reussire, so soll man die Hoffnung nicht aufgeben bei einem neuen Versuch glücklicher zu sein.

Auf die Anfrage de Greifft's ob B. ein Gegner der Mischung von Paraffin und Vaselin sei, und der von Mahu, ob B. nie üble Folgen von seinen Injectionen beobachtet habe — er habe einmal 14 Tage nach einer Injection Oedem auftreten sehen —, antwortet B. dass er kein Freund der Mischung von Paraffin und Vaselin sei, da das letztere häufig resorbirt Veranlassung zu Embolien gäbe; und was die von Mahu angedeuteten Zufälle anbelange, so habe auch er solche beobachtet, halte dieselben aber für kaum bemerkenswerth.

Killian (Freiburg i. B.). Die directe Tracheobronchoskopie und Oesophagoskopie. Demonstration der Methode.

K. nimmt die Demonstration an zwei Personen vor: in dem einen Fall wurde die Tube durch die Trachealöffnung, in dem andern direct vom Mund aus eingeführt. K. bedient sich einer Reihe gerader Röhren von verschiedener Länge und Caliber und untersucht mit reflectirtem Lichte. Er schickt der Einführung derselben Bepinselungen mit einer alkoholischen Lösung von 1 : 4, Chloroform bei Kindern, voraus; sitzende Stellung und Rückenlage; Stirnspiegel und Zungenspatel. Die Röhre wird unter Controle des Auges eingeführt; Schleimsecrete mit Wattetampons aufgetupft. Auf diese Weise gelingt es die Trachea und obere Bronchien zu inspiziren; die Röhren lassen sich ohne Schwierigkeit beliebig einstellen. Im Juli 1902 kam die Bronchoskopie 20mal zur Extraction von Fremdkörpern zur Verwendung; gerade auf diesem Felde liegt ihre grosse Zukunft; sie kommt zur Verwendung bei Kindern zur Entfernung von Stimmbandknötchen und Granulationen; zur Abtragung von Polypen etc. Bei Erwachsenen ermöglicht sie die Diagnose der Tuberculose der hinteren Larynxwand, der Recurrenslähmung, der Trachealstenosen und Deviationen, latenter intrathoracischer Tumoren, Adhärenzen und sonst noch von allen möglichen Tumoren, von Aneurysma etc.; er erwähnt einen Fall von Intratrachealsarkom und noch andere Affectionen; eine Hämorrhagie bei Lungencarcinom.

Die Oesophagoskopie findet ihre Verwendung bei Divertikeln des Oesophagus, bei Sarkomen am unteren Theil derselben behufs Abtragung der Tumoren oder Fragmenten derselben zur Feststellung einer frühzeitigen Diagnose; bei Stellung der Differentialdiagnose zwischen Oesophagus- und Trachealtumoren. Die Bronchoskopie und Oesophagoskopie zeigen sich überhaupt ungleich in zahlreichen Fällen von Tracheal-, Bronchial- und Oesophagealaffectionen, ferner bei intrathoracischen Erkrankungen sowohl was die Diagnose als die Therapie anbelangt.

Eine Reihe von Fremdkörpern, welche K. vorzeigt, herstammend aus der Trachea, den Bronchien und dem Oesophagus, legen ein beredtes Zeugniss ab für den Werth der Methode. Der Redner erntet stürmischen Beifall bei der Versammlung und der Präsident spricht ihm seinen Dank aus für den lehrreichen und hochinteressanten Vortrag.

Goris. Zwei Fälle von Larynxexstirpation, wovon einer mit Laryngoplastik. Der eine an Kehlkopfkrebs operirte Fall konnte den künstlichen Kehlkopf

nicht ertragen, und G. nahm die Laryngoplastik vor, indem er einen Sternallappen, der 1/3 grösser war als die zu bedeckende Oberfläche, herauspräparirte, denselben umdrehte, und in die Kehlkopfshöhle einnähte, so dass die wunde Fläche nach aussen zu liegen kam, während die Hautfläche nach innen lag, um als Kehlkopfswand zu dienen. Ueber der wunden Fläche wurden die Hautlappen von beiden Seiten des Halses vereinigt mit Offenlassen einer Durchgangsöffnung für die Kanüle. 8 Tage darauf neue Intervention: der Lappen wurde in 2 Theile gespalten, verdünnt und so genäht, dass er zwei Larynxventrikel nachahmte. Trotzdem eine gewisse Narbencontraction hinterher auftrat, kann sich Patient vermittelst Flüsterstimme verständlich machen.

G. räth die Laryngoplastik unmittelbar an die Kehlkopfexstirpation anzuschliessen, und die Anlage der Ventrikel für später zu reserviren.

Delsaux stellt vor: 1. Zwei Fälle von „Rhinotomia sublabialis"; die Nasenhöhle war in beiden Fällen excessiv verengt. D. machte eine Incision der oberen Gingivolabialfurche, schlug die Oberlippe nach oben zurück, resecirte dann einen Theil des aufsteigenden Astes des Oberkiefers mit Wegnahme beider unteren Muscheln und erweiterte so die Nasenhöhlen, dass sie eine freie Athmung gestatteten.

Suarez de Mendoza glaubt, dass man auch ohne Rhinotomie ein gleichgünstiges Resultat hätte erzielen können.

2. Einen Tumor der Mundhöhle mit Infiltration der Lymphdrüsen behufs Diagnosenstellung: 55jährige Frau mit einem geschwürigen Tumor auf der Innenfläche der linken Wange und Infiltration der Lymphdrüsen der Aussenseite der ganzen linken Backen- und Unterkiefergegend. Mundsperre. Die linke Mandel ist bedeutend vergrössert. D. dachte zuerst an Aktinomykose. Die mikroskopische Untersuchung von Rousseaux vorgenommen bestätigte diese Vermuthung nicht.

Bayer hatte einen ganz ähnlichen Fall im September und Oktober 1902 in Behandlung; mandarinengrossen Tumor am harten Gaumen, welcher seinen Ursprung vom rechten Alveolarrand des Oberkiefers genommen hatte; Infiltration der ganzen rechten Backen-, Unterkiefer- und Halsgegend; Entfernung des Tumors vermittelst der galvano-kaustischen Schlinge; Einspritzungen von Adamkiewiczschen Cancroin in die seitlichen Infiltrationen und in die Wurzel des Tumors, welcher sich als Sarkom erwies, ca. 18 Einspritzungen während zweier Monate, die eine entschiedene Rückbildung der Geschwulstmasse zur Folge hatten; die Patientin entzog sich aber der Behandlung und siedelte nach Paris über, wo sie wenige Monate nachher starb.

Trétrop. 1. Ein Fall von beinahe vollständiger Atresie des Pharynx behandelt durch Dilatation; es handelt sich um eine syphilitische Narbenstenose des Rachens, welche die Tracheotomie erheischt hatte. Der Schlund war auf eine etliche Millimeter weite Oeffnung reducirt. T. nahm die Dilatation vor, ein Jahr nach Einführung der Trachealcanüle; die Oeffnung ist jetzt für den Finger durchgängig.

2. Fall von Epithelioma der Nasenscheidewand operirt und geheilt seit 15 Monaten. Nasenstenose rechts in Folge von Lupus, welcher an

gewissen Stellen in epitheliomatöser Transformation begriffen gefunden wurde. T. eröffnete die Nase in der Mittellinie, exstirpirte mittelst des galvano-kaustischen Messers die kranken Theile und erzielte eine Heilung, die bis jetzt anhielt.

C. Demonstration von Instrumenten.

Prof. Killian demonstrirt sein Nasenphantom für den klinischen Unterricht.

Raoult (Nancy) zeigt eine Spritze für Paraffininjectionen mit constanter Temperatur.

Delsaux hat, um die radioactiven Eigenschaften des Radiums auszunützen, eine specielle Ampulle anfertigen lassen, welche er zur Behandlung des Lupus der ersten Luftwege anwenden will als Ersatz der Finsen'schen Behandlung mit den Röntgenstrahlen. Er hat die Absicht, die Methode auch bei der Ozaena zu versuchen.

Cheval macht einige Erklärungen über die Eigenschaften des Radiums, dessen Strahlen Y-Strahlen genannt werden.

Buys lässt einen portativen Accumulator von 2300 g vorzeigen, der 12 Volt und 2 Ampèrestunden giebt; Rheostat dabei.

Derselbe rühmt die Sterilisation von Instrumenten mit auf 150° erhitztem flüssigen Vaselin.

Vacher versteht nicht den Vortheil dieser Desinfectionsweise, er zieht die mit Benzin und Chloroform vor.

Nach Trétrop's persönlichen Erfahrungen zerstört das Chloroform nicht direct die Mikroben.

Vacher beharrt auf der Nothwendigkeit, die Instrumente zuvor mit Benzin zu imbibiren.

Buys weist ein Muster von Borlint vor, welches sich sehr für die Nasentamponade eignet, was Trétrop bestätigt.

Lermoyez bedient sich der Pengawar Djambi-Wolle zur Stillung von Nasenblutungen nach operativen Interventionen; desgleichen Bayer seit einer Reihe von Jahren.

Vacher zeigt einen neuen Mundsperrer vor, desgleichen ein nach allen Richtungen und für verschiedene Weiten einstellbare Kehlkopfszange.

III. Nachmittags-Sitzung im Solray'schen Institut.

D. Ueber die Chirurgie der Trachea. Berichterstatter Trétrop (Antwerpen).

Nach einer historischen Einleitung von Asclepiades an bis zu Trousseau, welcher die Tracheotomie in Frankreich und den anderen Ländern eingebürgert hat, geht der Autor auf den heutigen Stand der Trachealchirurgie über; er beginnt mit:

I. Den Missbildungen der Trachea,

A. Den angeborenen und

B. Den erworbenen; diese sind entweder Erweiterungen oder Verengerungen: letztere können eine innere Ursache haben (Entzündungen und Neubildungen;

Tumoren, Narben) oder von aussen hervorgerufen werden durch Compression oder traumatische Verletzungen.

II. Traumatische Trachealaffectionen: Wunden und Fracturen.

T. hält sich an die These von Mesnard (Paris 1901): Die chirurgische Behandlung derselben hat folgende Indicationen zu erfüllen: 1) drohende Asphyxie zu verhindern; 2) Hämorrhagien zu stillen; 3) die Verletzungen zu repariren. Sorgfältige Desinfection aller Trachealwunden, etwaige Erweiterung enger Wunden, Versuch, in den meisten Fällen die Wunde nach dem von ihm angegebenen Verfahren zu nähen; strenge Ueberwachung des Operirten.

Secundäre Verengerungen nach Trachealwunden sind durch progressive Dilatation zu behandeln.

III. Trachealfisteln: angeborene und erworbene Fisteln; ferner Oesophagusfisteln.

IV. Fremdkörper der Trachea.

Die Radiographie und Radioskopie dienen dazu, das Vorhandensein und den Sitz des Fremdkörpers zu ermitteln; ferner die Tracheoskopie mit reflectirtem Lichte und ganz besonders die directe Tracheoskopie nach Killian.

Alle Autoren sind über die chirurgische Behandlung bei Fremdkörpern einig: möglichst frühe Tracheotomie: was das Einsetzen der Canüle anbelangt, so umgeht man diese am besten behufs Vermeidung bronchopneumonischer Complication, wenn der Fremdkörper entfernt werden kann, und keine Zerstörungen von Seiten des Larynx, kein Oedem und keine Paralyse vorliegen. Nicht immer ist es nöthig, zur Tracheotomie zu greifen; manchmal gelingt es mit speziellen Zangen die Fremdkörper aus den zuvor cocainisirten Luftwegen zu entfernen. Killian hat mit seiner directen Tracheoskopie dieses Verfahren zur modernen Methode erhoben. De Roaldès hat den Elektromagnet für magnetische Körper empfohlen.

V. Trachealtumoren.

1) Gutartige Neubildungen.

Zu den gutartigen gehört die Tracheocele: a) angeborene (selten), b) erworbene.

Larreys Luftkropf, welcher ein circumscriptes Halsemphysem darstellt, ist auszuschliessen; hierher gehören ferner Varicen und Trachealhämorrhoiden, Aneurysmen, Retentionscysten, Cheloide etc.; eingehende Berücksichtigung der Litteratur.

2) Bösartige Neubildungen: Adenome, Sarkome, Carcinome und gemischte Tumoren.

Die Interventionen können je nach dem Sitz und der Ausbreitung des Tumors curativer oder palliativer Natur sein. Die Abtragung auf natürlichem Wege ist oft unmöglich. Bei localisirten Tumoren des mittleren oder oberen Abschnitts der Trachea könnte man die moderne Resection derselben versuchen und den Defect allenfalls durch einen plastischen Ersatz decken.

Neben anderen bemerkenswerthen Fällen citirt T. den interessanten Fall eines primären Trachealsarkoms, welches Killian auf natürlichem Wege entfernt hatte und dessen Heilung 18 Monate anhielt.

VI. Resection und Naht der Trachea.

Die Resection der Trachea ist ein ganz neues Capitel der modernen Chirurgie welches schon manchen Erfolg aufzuweisen hat.

T. hat im bacteriologischen und anatomopathalogischen Institut zu Antwerpen Versuche von Trachealresectionen an Hunden angestellt, über welche er noch speziell berichten wird. Die Naht der Trachea unmittelbar nach beabsichtigter oder accidenteller Durchtrennung derselben vermeidet alle Complicationen und giebt, wenn der Larynx durchgängig ist, keineswegs Veranlassung zu subcutanem Emphysem.

Die Technik hat sich zuerst mit der Haemostase, welche perfect sein muss, zu befassen und mit der Naht selbst; diese muss in der fibromuskulären Schichte unterhalb der Schleimhaut angelegt werden und darf letztere nicht in sich begreifen; sie ist leicht auszuführen und ermöglicht eine gute Annäherung der Wundfläche, die darüberliegenden Partien werden etagenförmig mit Catgut genäht.

VII. Die Tracheoskopie.

Während man bis in die neuere Zeit die Trachea mit reflectirtem Lichte untersucht hatte, führte Kirstein zuerst die directe Tracheoskopie ein, indem er vermittelst eines Zungenspatels den Buccopharyngotrachealwinkel wegschaffte; Killian übertrug sodann die directe Oesophagoskopie nach Kussmaul auf die Trachea und schuf die directe Tracheoskopie auf natürlichem Wege oder durch eine Trachealöffnung hindurch.

T. giebt eine ausführliche Beschreibung des Killian'schen Verfahrens für die Tracheoskopie und Bronchoscopia sup. und infer., welche von Tag zu Tag neue Triumphe feiert. Der Text ist illustrirt mit photographischen Abzügen der Platten Prof. Killian's, welch letztere dem Autor zur Verfügung gestellt wurden.

Eine erschöpfende Bibliographie beschliesst den fleissigen und interessanten Bericht.

Bei der Discussion bemerkt Cheval, dass der Autor bei den innerlichen Stricturen der Trachea die durch verlängertes Tragen der Intubations- und Trachealcanüle hervorgerufenen Verengerungen vergessen habe, gegen welche die Dilatation unzureichend und die Tracheofissur mit nachfolgender Tracheoplastik indicirt sei. T. entgegnet, dass er diese secundären Stricturen in seinem Berichte gelegentlich der Läsionen „äusseren Ursprungs“ behandelt habe und was die Tracheoplastik anbelange, so habe er derselben bei den Trachealfisteln Rechnung getragen. — Schiffers betont die Bedeutung der laryngoskopischen Untersuchung bei Trachealaffectionen und weist auf die Apnoe hin, welche sich bei gewissen Tumoren, z. B. den retrosternalen Strumen, einstellt, und deren Erkenntniss häufig Schwierigkeiten macht.

E. Diverse Mittheilungen.

Trétrop (Antwerpen). Beitrag zur Resection der Trachea. Experimentelle Studie. Vorstellung von operirten Thieren.

Die ersten Versuche von Trachealresectionen wurden im Jahre 1881 von Glück und Zeller vorgenommen. Nach diesen Autoren machte Colley circuläre Resectionen, welche Stricturen verursachten, danach schiefe, und daraufhin

Z-förmige Resectionen, aber immer mit den gleichen Resultaten, bis es ihm endlich gelang, durch Resectionen von der Form eines verdrehten Z (wie ein Spiegelbild) das gewünschte Resultat ohne Stenosenbildung zu erzielen.

Küster, Eiselsberg, Van Acker und Frankenberg haben ebenfalls mit Erfolg Trachealresectionen an Hunden vorgenommen.

Der Autor hat die Experimente wiederholt an 4 Hunden, wovon er 3 vorstellt, der vierte erlag nach der Operation. In dem Fälle von ringförmiger Abtragung der Trachea konnte das Thier am 2. Tage darauf bellen. Obgleich beim Menschen die Trachea weniger lang ist, glaubt T. doch seine Operationstechnik auf den Menschen übertragen zu können. Dieselbe besteht

1. in einer Incision der Haut und der daruntergelegenen Gewebe; Bloslegung der Trachea;

2. Freimachen der Trachea und Einführung eines Protectors zwischen dieselbe und den Oesophagus;

3. Resection vermittelst scharfer Incision des zu entfernenden Segments, so dass eine hintere Brücke zurückbleibt;

4. Naht der Fragmente mit feinem Catgut, ohne die Schleimhaut mitzunehmen, sodann sprengt man auch die hintere Brücke und vereinigt sorgfältig;

5. Entfernung des Protectors. Man reinigt die Trachea von den Blutcoagula mittelst eines aseptischen Wischers und schliesst dann die Haut. Ein Verband unnöthig aber absolute Immobilität geboten.

Broekaert (Gent) hat gelegentlich seiner Experimente über den N. recurrens Trachealresectionen gemacht und gute Resultate dabei erzielt. Nie hat er die Schleimhaut mit in die Naht genommen; doch möchte er nicht behaupten, dass die Erfolge am Menschen, dessen Trachea viel kürzer, ebenso leicht zu erzielen seien.

Mahu und Guérin (Paris). Ueber die Differentialdiagnose zwischen Empyem des Sin. maxill. und der wirklichen Sinusitis.

Wenn auch die Durchleuchtung und Punction des Sinus positive Resultate ergeben haben, so ist damit noch nicht eine sichere Indication zur Operation gegeben. Man muss zwischen Fällen unterscheiden, bei welchen die Sinusschleimhaut der Sitz der Erkrankung ist und den Eiter erzeugt, und zwischen solchen, bei welchen der Sinus nur als Reservoir dient für von irgendwo anders herstammenden Eiter. Behufs Feststellung dieses Thatbestandes haben die Autoren eine Methode erfunden, welche sie als „Aichung“ des Sinus bezeichnen. Dieselbe besteht darin, dass man mit einer Spritze, z. B. die von Roux, welche 20 ccm fasst, langsam Flüssigkeit in den Sinus injicirt, wobei etwaiger Eiter entfernt und der Sinus bis ins Niveau des Ostiums angefüllt wird — die überflüssige Flüssigkeit läuft durch dieselbe ab —, und dann die im Sinus restirende Flüssigkeit aspirirt. Enthält der Sinus $1^1/_2$ ccm und mehr, dann handelt es sich nicht um eine Sinusitis, ist dieselbe dagegen auf 1 ccm und darunter reducirt, so kann man eine solche annehmen; denn es handelt sich dann um eine Raumbeschränkung des Sinus durch eine meist fungöse oder myxomatöse Verdickung der Schleimhaut. Um Irrthümer zu vermeiden, mache man vor der Aspiration 1. eine ausgiebige

Ausspülung des Sinus; 2. stelle man die Diagnose auf chronische Sinusitis nicht eher, als man sich durch mehrmalige Aichungen von den Verhältnissen Gewissheit verschafft hat. Lubet-Barbon hat folgendes Zeichen für die mehr chronische Sinusitis angegeben: Ausfluss von Blut aus der Troikartcanüle unmittelbar nach der Punction und vor der Ausspülung.

Guisez hat bemerkt, dass im Falle von Empyem die Wange und Pupille auf der kranken Seite, welche vor der Ausspülung dunkel erschien, nach Entfernung des Eiters durchscheinend und hell wurden. Obgleich diese Zeichen nur einen Werth haben, wenn sie positiv ausfallen, so haben die Autoren dieselben doch in zweifelhaften Fällen angewandt und gefunden, dass man gegenwärtig im Stande sei, eine bestimmte und rasche Diagnose zwischen Sinusitis und Empyem, zwei grundverschiedener Affectionen der Kieferhöhle, zu stellen.

Lermoyez: Seitdem er seit 2 Jahren seine Aufmerksamkeit auf die verschiedenen Kiefereiterungen gelenkt, habe er zu seinem Erstaunen eine sehr grosse Anzahl Empyeme und eine recht geringe Anzahl wahrer Sinusitiden beobachtet. Jedes Zeichen, welches uns in Stand setze, von vornherein eine exacte Differentialdiagnose zu stellen, sei daher willkommen, zumal die wahren Sinusiten nur durch die Radicaloperation zur Heilung gebracht werden können, und das Empyem nach einigen Ausspülungen verschwinde, vorausgesetzt, dass man den ursächlichen Eiterherd beseitigt habe.

De Stella ist für die chirurgische Intervention sogar bei einfachem Empyem, man komme damit schneller zum Ziele als mit Ausspülungen.

Suarez de Mendoza empfiehlt für die Diagnosenstellung die directe Besichtigung der Schleimhaut; er bedient sich dazu eines dem Cystoskop ähnlichen Apparates, welchen er durch eine mittelst des elektrischen Trepans angelegte Oeffnung in die Sinushöhle einführt.

Vacher ist für die Mahu'sche Methode sehr eingenommen.

Lermoyez hält eine exacte Diagnose vor jeder Intervention für sehr wichtig. Eine einfache Zahnextraction genüge in vielen Fällen, um eine Heilung herbeizuführen.

De Greifft fragt Mahu, wie er die Diagnose stelle zwischen einem natürlich verengten Sinus und einem durch Hyperplasie reducirten?

Capart, jr., möchte wissen, ob die Existenz eines accessorischen Orificiums des Antrums bei seiner Methode nicht zu einem Irrthum verleiten könne?

Mahu erwidert, dass bei den wahren Sinusitiden die Raumbeschränkung des Sinus so gross sei, dass ein Irrthum in der Diagnose ausgeschlossen ist; und was den Einwurf Capart's anbelange, so scheint ihm die Existenz eines Giraldès-schen Ostiums von geringem Belang, indem bei den Sinusitiden die Höhlendimensionen so reducirt seien, dass eine Differenz in der Capacität sich kaum bemerklich machen dürfte, wenn auch die Abflussöffnung etwas niedriger gelegen wäre.

Suarez de Mendoza (Paris): Ueber die Anwendung subcutaner Pilocarpininjectionen bei schweren Fällen von Glottisödem.

Der Autor, welcher das Mittel schon bei mittelschweren Fällen von Glottisödem früher angewandt hatte, fand Gelegenheit, es an sich selbst zu probiren

wegen einer schweren acuten Laryngotracheitis mit Glottisödem und Suffocationserscheinungen. Nach 3 Injectionen, die 1. von 1 cg; die 2. von $^1/_2$ cg und die 3. ebenfalls von $^1/_2$ cg in Intervallen von je $^1/_4$ Stunde, wurde die Respiration wieder frei und trat rasche Heilung ein.

Broeckaert: Ueber den kosmetischen Werth von soliden Paraffininjectionen.

Um die schönen Resultate zu veranschaulichen, welche man mit Paraffininjectionen auf den verschiedenen Gebieten unserer Specialität erzielen kann, zeigt B. eine Reihe von Abgüssen und photographischen Platten vor, welche eine gewisse Anzahl von Fällen vor und nach der Behandlung darstellen. B. hatte seit 2 Jahren Gelegenheit die Methode an ca. 70 Fällen mit Sattelnase anzuwenden, und dabei keinen Unfall zu verzeichnen; die Folgen waren äusserst einfach und beinahe in allen Fällen konnte die Verunstaltung zur grössten Zufriedenheit der Operirten ausgeglichen werden. Er betont übrigens die Nothwendigkeit, das Operationsfeld gut zu begrenzen und zeigt, wie man dies auszuführen habe. Die erzielten Resultate waren von anhaltender Dauer und schon jetzt erlaubt ihm die Erfahrung für Dauerresultate einzutreten.

Unter andern Applicationen, welche B. damit vornahm, sind zu nennen die Obliteration von Mastoidfisteln, die Ausgleichung von Depressionen nach Interventionen am Sin. frontalis, adhärente Narben etc. Er macht die Mittheilung einer Beobachtung betreffend einer seit 20 Jahren bestehenden Facialasymmetrie, welche ihm durch wiederholte Paraffininjectionen auf ganz wunderbare Weise zu corrigiren gelang. Kurz, diese Methode scheine eine grosse Zukunft zu haben und bilde einen der bedeutendsten Fortschritte der modernen Therapie.

D'Hoore (Tournai): Ein Fall von Larynxtuberculose behandelt mit dem Jacob'schen antituberculösen Serum.

Der Autor hat das Serum von Jacobs in einem Fall von Larynxtuberculose angewandt, bei welchem die Behandlung mit Milchsäure vollständig fehlgeschlagen hatte.

Dank den Seruminjectionen konnte er Gewichtszunahme und Vernarbung der Larynxläsionen constatiren.

Heyninx hat das Serum Jacob's im St. Johanneshospital bei einem Fall von Pharynxtuberculose angewandt. Die ersten Injectionen waren von einer ziemlich starken Gingivitis gefolgt, und von ziemlich lebhafter Reaction in der Umgebung des Geschwürs, welches augenblicklich eine Tendenz zur Vernarbung zeigt; von einer Heilung kann jedoch keine Rede sein.

Cheval: Einiges über die Indication der Radioskopie in unserer Specialität.

Der Autor zeigt mehrere Photographien von Aneurysmen der Aorta, und erwähnt zwei Fälle aus seiner Praxis, in welchen er dank der Radioskopie eine sichere Diagnose stellen konnte.

Ein sehr einfaches Verfahren zur genaueren Bestimmung der Verhältnisse und Lage von in den Organismus eingedrungenen Fremdkörpern bilde die von

L. Girard im Jahre 1896 erfundene „Radiostereoskopie". Dieselbe lasse sich ohne Weiteres anwenden und an allen Individuen ohne Ausnahme vornehmen, während die von Prof. Killian demonstrirte Methode, obgleich sie grosse Dienste für die Untersuchung der oberen Luftwege und des oberen Verdauungsschlauches gewähre, doch immerhin ein ziemlich complicirtes und kostspieliges Instrumentarium und eine ziemlich lange Zeit zu ihrer Application resp. Einüben von Seiten der Patienten verlange. Killian erwidert, dass die Totaldauer einer Untersuchung mit der directen Tracheoskopie gewöhnlich 5 Minuten betrage incl. der Cocainisirung; H. Cheval müsse bedenken, dass die von ihm vorgestellten Patienten die Untersuchung von 40—50 Aerzten über sich hätten ergehen lassen müssen und sich daher in einer aussergewöhnlichen Lage befänden!

Raoult (Nancy): Vollständige Obliteration der Nasenhöhle im ersten Lebensalter.

Der Autor hat 12 Fälle von vollständiger Obliteration der Nasenhöhle im ersten Kindesalter aus der Literatur zusammengestellt; er theilt einen derartigen Fall mit von einem Kinde im 2. Lebensmonat, syphilitischer Natur; er hält überhaupt diese Fälle nicht für angeboren, sondern hereditär-syphilitischen Ursprungs.

Eeman (Gent): Ueber diphtheritische Rhinitis.

Seit seinem Berichte von 1896 über diphtheritische Rhinitis hat G. bei ca. 100 Kindern mit intensiver Rhinitis und abundanter Secretion letztere bacteriologisch untersucht, und bei allen den Löffler'schen Bacillus mit variabler Virulenz vorgefunden. Obgleich einzelne Kinder keine Reaction zeigten, so waren sie doch Träger äusserst virulenter Bacillen, woraus sich die Thatsache erklärt, dass schwere Diphtheritiden in Schulen auftraten, in welchen man bis dahin keinen verdächtigen Fall beobachtet hatte. Man müsse daher, wenn in einer Schule, Diphtheritisfälle vorkommen, die Secretion aller mit Rhinitis behafteter Schulkinder bacteriologisch untersuchen und sie sofort von der Schule fern halten.

Raoult und Trétrop schliessen sich der Anschauungsweise Eeman's an, welche noch auf die prophylaktischen Maassregeln, die man nehmen müsse, aufmerksam macht. Es müssen in der Schule sowohl als in den Familien und in der Umgebung des Kranken Nachforschungen angestellt und eine rigoröse Isolirung derselben angeordnet und die Injection von antidiphtheritischem Serum so früh als möglich vorgenommen werden.

Raoult bemerkt, dass man es oft mit Löffler'schen Pseudobacillen bei der Untersuchung der Rhinitis-Secretionen zu thun habe, während Trétrop im Gegentheil bei der Inoculation der Nasensekrete auf Kaninchen in allen seinen Fällen Bacillen von äusserster Virulenz entdeckte.

Cheval kann sich nicht gut vorstellen, wie man die aus der Schule fern zu haltenden Kinder genau erkennen könne, da man bei den normalen schon diphtherische Bacillen finde.

Janquet fragt, wie es möglich wäre, die Fälle von recidivirender diphtherischer Rhinitis zu isoliren, bei welchen der Krankheitsprocess eine Dauer von 6 Monaten und mehr beanspruchen kann.

Eeman antwortet, man müsse in diesem Falle wiederholte Seruminjectionen vornehmen, die Nasenhöhle mit Wattetampons verschliessen behufs Absorption der Secrete und sie verbrennen. Auf diese Weise brauche man die Kranken nur kurze Zeit zu isoliren.

Baco schlägt Eeman vor, die Frage auf dem internationalen Congress für Hygienische Demographie vorzulegen und sich an die Vertreter der Gesellschaft anzuschliessen.

Stella (Gent) hat gleichfalls Fälle von diphtherischer Rhinitis mit laryngealen Zufällen gleicher Natur beobachtet. Auch er hat bei Trägern solcher diphtherischer Bacillen keine allgemeine Reaction gesehen. Um den Grund davon zu erforschen, hat er eine Reihe von Experimenten angesteltt. Bei seinen Versuchen, diphtherische Culturen in die Nasenhöhle von Meerschweinchen zu inoculiren, gelangte er zu negativen Resultaten. Er schliesst daraus, dass, wenn die Schleimhaut gesund ist, keine Möglichkeit zur Infection vorliegt. Alsdann bewirkte er mit dem Galvanocauter eine künstliche Rhinitis und inoculirte mit Erfolg nach 3 Tagen Bouillonculturen. Von 50 so behandelten Meerschweinchen verendeten zwei, die andern widerstanden, boten aber eine chronische Rhinitis von der Dauer von 3—6 Wochen dar. Die gleichen Inoculationen an 5 Kaninchen vorgenommen, zeigten, dass diese Thiere einen grösseren Widerstand der diphtherischen Infection bieten; er ist der Ansicht, dass es sich dabei um eine Autoimmunisation handle; den Beweis dafür sieht er darin, dass er in einer letzten Reihe von Experimenten den 48 inficirten Thieren vom vorhergehenden Experiment, in Bouillon einer äusserst virulenten Cultur, von der $^1/_{10}$ Cocain genügte, um ein normales Thier zu tödten, inoculiren konnte, ohne sie zu tödten, und es ihm gelang, aus dem Blute dieser Meerschweinchen ein Serum herzustellen, welches, normalen Thieren injicirt, diese gegen die Diphtheritis immunisirte.

Diese Thatsachen explciren die Abwesenheit der Reaction bei mit chronisch-diphtheritischer Rhinitis und sehr virulenten Bacillen behafteten Kindern.

Pugnat (Genf), Beitrag zur Physiologie der Mandeln.

Der Autor hat sich zu seinen Experimenten wässeriger, glycerinisirter und hydroalkoholischer Extracte frischer Mandeln bedient, welche er Thieren inoculirte. Er kam im Gegensatz zu Masini zu vollständig negativen Resultaten und konnte keine Action auf den Respirations-, Circulations- und Verdauungsapparat constatiren. Ueber letzteres muss man sich um so mehr wundern, als man die Rolle der Mandeln mit der der Peyer'schen Drüsen vergleichen könnte, welche eine gewisse zymatische Wirkung auf den Pankreassaft ausüben. Nach P. ist die Rolle der Mandeln eine rein lymphatische.

Pugnat macht ferner bezüglich der Behandlung von „Reflexhusten bei granulöser Pharyngitis" Mittheilung eines Falls, bei welchem die Diagitaluntersuchung des Nasenrachenraums einen nervösen Husten zum Verschwinden gebracht hatte; derselbe war wahrscheinlich das Resultat einer Reizung des Trigeminus. Bei einem andern Patienten, welcher Tag und Nacht seit 12 Jahren hustete, erzielte er vollständige Heilung, indem er den Nasenrachenraum mit einer Jodglycerinlösung auspinselte. Dauer der Behandlung ca. 2 Monate.

Baco hat mit der Caldwell-Luc'schen Methode 3 Fälle von Oberkiefercysten mit serösem Inhalt operirt. Dieselben hatten das Antrum Highmori vollständig ausgefüllt.

Stella hat einen ähnlichen Fall von der Fossa canina aus operirt, ohne eine Gegenöffnung nach der Nase zu anzulegen. Der Patient behielt jedoch eine Fistel im Munde. Der Cysteninhalt war mehr cholestearinhaltig, als serös.

Raoult glaubt, dass man es mit einer inficirten Zahncyste zu thun habe: besser sei es, den Sinus nicht zu eröffnen und die Operation vom Mund aus vorzunehmen. Uebrigens zeige die Punction den Weg, den man einzuschlagen habe.

Wegen vorgeschrittener Zeit deponiren Bloudiau und De Stella ihre Mittheilungen auf dem Bureau, ebenso Suarez de Mendoza „über die Verwendung der statischen Electricität in der Otolaryngologie." Bayer.

III. Briefkasten.

Zuschriften an die Redaction vom 15. August bis 15. November.

Der Herausgeber des Centralblatts tritt Ende August eine Reise nach Nordamerika an, die ihn bis zum 15. November von London fernhalten wird. Er bittet, alle für die Redaction bestimmten Sendungen zwischen dem 15. August und 15. November direct an den Viceredacteur des Centralblatts, Herrn Dr. G. Finder, 15 Tauenzienstrasse W. Berlin, gelangen zu lassen. Speciell gilt diese Bitte für die Referatsendungen der Herren Mitarbeiter.

Personalnachrichten.

Prof. Dr. R. Semon (München) ist zu unserem lebhaften Bedauern von der regelmässigen Mitarbeiterschaft des Centralblatts zurückgetreten, da ihm das einschlägige Material in zu beschränktem Umfange zugänglich ist. Wir sagen ihm für seine zehnjährige treue Thätigkeit an unserem Blatte besten Dank. An seiner Stelle hat College Katzenstein die Güte gehabt, die einschlägigen Referate zu übernehmen.

Die Leser des Centralblatts werden mit Bedauern erfahren, dass Dr. L. Grünwald sich aus Gesundheitsrücksichten veranlasst gesehen hat, seinen ständigen Wohnsitz München aufzugeben; Dr. Grünwald wird im Sommer in Reichenhall practiciren, im Winter nur mehr consultativ in München. Hoffentlich bringt ihm die klimatische Veränderung baldige dauernde Genesung! —

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, September. 1904. No. 9.

I. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, äusserer Hals.

1) **T. della Vedova. Eine neue Erfindung für die Hygiene der Athmungswege und des Organismus bei Arbeitern der Textilindustrie. (Una nuova invenzione per l'igiene delle vie del respire e dell'organismo degli operai addetti all'industria tessile.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. IV. 1903.*

Die von dem italienischen Ingenieur Sconfietti ausgedachte und mit ausgezeichnetem Erfolg in grossen Arbeitssälen der Textilbranche bereits practisch erprobte Einrichtung beruht auf der physikalischen Thatsache, dass Wasser, das über 100° erhitzt und unter bestimmtem Druck im Dampfkessel gehalten wird, wenn es den Kessel verlässt, bei seinem Uebergang in Dampfform nicht nur selbst seine Temperatur einbüsst, sondern auch die umgebende Luft erheblich abkühlt.

FINDER.

2) **George H. Weaver. Bacteriologische Untersuchungen von Haut und Hals in Fällen von Scharlach. (Bacteriological studies of the skin and throat in cases of scarlatina.)** *Transactions Chicago Pathological Society. 9. Februar 1903.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Bacterien, die man von der Haut, den Epidermisschuppen und der Tonsillaroberfläche beim Scharlach erhält, sind dieselben, die man an diesen Stellen auch beim Gesunden findet; auch ist keiner derselben constant vorhanden bis auf den Streptococcus im Halse.

Infolge der zahlreichen Kokken, die in solchen Culturen wachsen, ist es nur durch Anlegung von Reinculturen möglich, sie zu identificiren. Wenn Culturen von ungeübten Untersuchern angelegt werden und man bei Entnahme des Materials die Zunge nicht vermeidet, so bekommt man ganz besonders grosse Diplokokken und Sarcine.

Der Streptococcus findet sich auf der Tonsille in enormer Menge bei fast allen Fällen von Scharlach.

EMIL MAYER.

3) George H. Weaver. **Die Vitalität der Bacterien im Halse von Scharlachfieberpatienten. (The vitality of bacteria from throats of scarlet fever patients.)** *Transactions Chicago Pathological Society. 15. April 1903.*

Des Verf.'s Beobachtungen zeigen, dass die Streptokokken reichlicher in den Frühstadien der Krankheit sind, dass sie mit dem Fortschreiten dieser weniger zahlreich werden, dass sie dem Austrocknen ebenso lange widerstehen, wie die gewöhnlich im Halse vorhandenen Bacterien und dass sie in manchen Fällen alle anderen Formen überleben.

EMIL MAYER.

4) Saenger. **Ueber Asthma.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1904.*

Da vermehrte Athemnoth die Asthmatiker zu erneuten, möglichst kräftigen Tiefathmungen veranlasst, so kommt durch die Ueberfüllung der Lungen mit Luft eine Steigerung der Beschwerden zu Stande. Saenger sucht diesem Uebelstande durch methodische Athemübungen entgegenzutreten, was ihm in einer Reihe von mitgetheilten Fällen auch gelungen ist; dabei ist es gut, die Kranken mit mässig lauter Stimme und unter besonderer Dehnung der Vocale zählen zu lassen. Die Ausathmungsdauer muss natürlich dem Grade der Athemnoth angepasst werden. An eine suggestive Wirkung seiner Methode glaubt S. nicht. Die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

5) Arthur Fuller. **Bemerkungen über die Ursachen des Hustens bei Kindern. (Notes on the causes of cough in children.)** *Lancet. 31. April 1904.*

Bei Kindern bilden Erkrankungen der Nase und des Rachens eine sehr häufige Ursache des Hustens. Von 621 innerhalb zwei Jahren im Royal Waterloo Hospital wegen Hustens behandelten Kindern waren bei nicht weniger als 371 Erkrankungen der oberen Luftwege vorhanden, nach deren Behandlung der Husten verschwand. Verf. weist auf die hohe Bedeutung hin, die für Kinder der Aufenthalt in frischer Luft hat.

ADOLPH BRONNER.

6) Martini. **Klinischer und experimenteller Beitrag zur Vagusresection am Halse. (Contributo clinico e sperimentale alla vagotomia nel collo.)** *Giornale d. R. Accademia di Medicina di Torino. April 1904. Arch. Ital. di Otologia etc. IV. 1904.*

Die Ergebnisse der Vagusdurchschneidung, die Verf. bei 20 Hunden vorgenommen hat, waren folgende: Einseitige Vagusresection am Halse wurde gut vertragen, ohne dass von Seiten des Herzens, der Lungen oder des Verdauungsapparates irgend welche mittelbaren oder unmittelbaren Folgen eintraten. Wurde die Vagotomie am Halse auf beiden Seiten gleichzeitig gemacht, so gingen die Thiere, obwohl der Experimentator sich genau an die von Pawlow und Hatschowsky angegebene Operationsmethode hielt, am 4. bis 6. Tage zu Grunde. Liess er einen Monat zwischen der Resection auf der einen und der anderen Seite verstreichen, so lebten die Thiere nur eine gewisse Zeit. Ein Hund überlebte 50 Tage die Resection des rechten und 30 Tage die des linken Vagus. Bei der Section fand man Regeneration der Stümpfe, auch keine anatomischen Veränderungen, die als Todesursache anzusprechen waren. Der Hund hatte vor der Operation 26 kg gewogen und wog beim Tode 13 kg.

Angeregt ist Verf. zu seinen Untersuchungen worden durch zwei Fälle, die er auf der Turiner chirurgischen Klinik beobachtet hat. In beiden handelte es sich um eine maligne Struma. Der Tumor wurde exstirpirt und gleichzeitig die Carotis, Jugularis interna und der Vagus resecirt. Beide Fälle gelangten innerhalb eines Monats zur Heilung, ohne dass während des Heilungsverlaufs irgend welche Störungen sich zeigten.

FINDER.

7) A. Schambacher. **Ueber die Persistenz von Drüsencanälen in der Thymus und ihre Beziehung zur Entstehung der Hassel'schen Körperchen.** *Dissert. Strassburg 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

8) **Wm. Wesley Carter. Tracheostenose infolge Thymus. (Thymic tracheostenosis.)** *N. Y. Medical Journal. 9. April 1904.*

Bericht über einen Fall, in dem trotz vorgenommener Tracheotomie der Tod eintrat, weil eine vergrösserte Thymus auf die Trachea drückte. Verf. räth in Fällen, in denen Stridor besteht, als dessen Ursache man eine Vergrösserung der Thymus annimmt, zu versuchen, ob irgend welche Stellung des Kopfes und Nackens Erleichterung bringt, und das Kind eventuell in dieser Stellung zu halten. Bei drohender Asphyxie soll man den Mittelfellraum eröffnen und die Drüse nach vorn ziehen und am Sternum annähen.

LEFFERTS.

9) **Rothmann** (Berlin). **Demonstration von 4 Fällen von multipler symmetrischer Lipomatose.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 47. 1903.*

Bei einem Fall wurden durch eine Fettgeschwulst Athembeschwerden hervorgerufen theils durch Druck auf Kehlkopf und Trachea, theils durch Hineinwuchern in das vordere Mediastinum. Bei einem anderen Patienten, der auch myxödemähnliche Schwellungen zeigte, hatte Darreichung von Schilddrüsentabletten Verkleinerung der Fettansammlungen zur Folge.

ALBANUS (ZARNIKO).

10) **Ripault** (Dijon). **Ein Fall von perilaryngealer Actynomycose. (Un cas d'actynomycose peri-laryngée.)** *La Parole. Juli 1902.*

Die laryngoskopische Untersuchung ergab nur eine Erschlaffung der Stimmbänder; die Diagnose wurde gestellt, nachdem der Abscess geöffnet und sein Inhalt mikroskopisch untersucht war.

E. J. MOURE.

11) **Escher** (Saanen). **Ueber einen Fall von Ruptur eines sogenannten Aneurysmas der Art. thyreoidea inf.** *Corresponzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 23. 1903.*

57jähriger Mann bekommt nach raschem Heben eines Holzstückes von ca. 30 kg Knacken und Schmerzen in der rechten Halsgegend und sofortige blaurothe, hühnereigrosse Geschwulst oberhalb der Clavicula. Nach vorübergehendem dyspnoetischen Anfall tritt plötzlich Tod an Herzschwäche ein. Die Autopsie ergiebt ein spindelförmiges Aneurysma der Art. thyreoidea inf. 1 cm oberhalb des Abgangs von der Art. subclavia und $^1/_2$ cm oberhalb des ersten ein zweites spindelförmiges Aneurysma von 2 cm Länge. Das erstere zeigt einen Riss. Im Uebrigen findet sich ein ausgesprochenes Atherom der Arterien. Die Unfallversicherungsgesellschaft bestritt natürlich mit Erfolg zahlungsverpflichtenden Unfall.

JONQUIÈRE.

b. Nase und Nasenrachenraum.

12) **Kirmisson** (Paris). **Congenitale Theilung des Nasenloches. (Division congénitale de la narine.)** *Société de Chirurgie. 7. Mai 1902.*

Bei einem 2jährigen Mädchen wurde als einzige Missbildung eine Theilung des rechten Nasenloches beobachtet. Es existirt kein analoger Fall in der Literatur. Operation. Heilung.

PAUL RAUGÉ.

13) **N. Longo. Ein sehr seltener Fall von congenitaler Deformität der Nase. (Un caso rarissimo di deformità congenita dal naso.)** *Giornal. internaz. delle scienze mediche. XXIV. 1902.*

Die linke Nasenhälfte war völlig normal; an Stelle der rechten dagegen fand sich ein cylindrischer Appendix von 4 cm Länge und 1 cm Breite. Mit seinem schmalsten Theil inserirte dieser Anhängsel oben zwischen dem inneren Augenwinkel und der Nasenwurzel, im übrigen war er frei beweglich; an seinem unteren Ende befand sich die Oeffnung eines ganz feinen Canals, der durch den Anhängsel seiner ganzen Länge nach hindurchging. Aus diesem Canal kam die Luft heraus. Verf. hat die Missbildung mit gutem Erfolge entfernt. Er glaubt, dass es sich um eine in der 8. Woche entstandene Entwicklungshemmung handelt.

FINDER.

14) **Baurowicz. Angeborener doppelseitiger Verschluss der vorderen Nasenöffnungen. (Wrodzene obustronne zamkniecie nozdrzy przednich.)** *Przeglad Lekarski. No. 42. 1903.*

Die Arbeit wurde deutsch im Archiv für Laryngologie, XV. Bd., Heft 1 veröffentlicht.

A. SOKOLOWSKI.

15) **Kamm** (Breslau). **Ein Fall von Verschluss der hinteren Nasenöffnung.** *S.-A. aus d. Allg. Med. Centr.-Zeitg. No. 52. 1902.*

K. beschreibt einen Fall von vollständigem rechtsseitigen und unvollständigem linksseitigen membranösen Choanalverschluss. Dass es sich um einen congenitalen Verschluss handelt, schliesst Verf. besonders aus dem Vorhandensein von Muskelfasern auf der Vorderseite der Membran.

EDMUND MEYER.

16) **J. R. Mc. Intosh. Congenitaler Nasenverschluss. (Congenital nasal obstruction.)** *Maritime Medical News Halifax. No. VIII. September 1903.*

Knochenplatte in den hinteren zwei Dritteln der Nasenhöhle.

EMIL MAYER.

17) **J. K. Hamilton** (Adelaide). **Ein Schädel mit completem knöchernen Verschluss beider Choanen. (A skin shewing complete bony occlusion of both choanae.)** *Australasian Medical Gazette. 21. December 1903.*

Die knöchernen Wände gehen vom Vomer aus, etwas vor den hinteren Nasenöffnungen. Die Choanen sind ausserordentlich klein. Der Oberkiefer ist wie von einem Kinde. Der Schädel hat den dolichocephalen Typus.

A. J. BRADY.

18) **König** (Altona). **Lupus des Nasenflügels.** *Deutsche med. Wochenschrift. No. 2. Vereinsbeil. 1902.*

Glänzendes Resultat durch Excision des Erkrankten und Implantation eines Stückes Ohrknorpel.

ZARNIKO.

19) **J. Vivé Picasó** (Barcelona). **Radicalbehandlung des Nasenlupus. (Tratamiento radical del lupus de la nariz.)** *Revist. de Laringol., Otol. y Rinolog. October 1901.*

Bericht eines Falles von Heilung des Lupus der Nase mittelst Auskratzung durch Volkmann'schen Löffel und unmittelbar darauf folgender Thermokauterisation in einer einzigen Sitzung. R. BOTEY.

20) **Wittmaack. Die Behandlung des Schleimhautlupus der Nase mit Pyrogallussäure.** *Münch. med. Wochenschr. No. 31. 1903.*

Die Knoten und lupösen Excrescenzen müssen vorerst mit der Curette oder Schlinge entfernt und Ulcera aus deren Umgebung ausgekratzt werden; sodann werden Pyrogallussalbentampons eingeführt und einen ganzen Tag liegen gelassen, dann werden sie durch 3—4 Tage durch neue ersetzt; die Reaction ist geringer als bei Milchsäure; die Pyrogallussalbe ist anfangs 10 pCt., steigt aber allmählich bis zu 20 pCt.; zwischen Septum und Muschel wird ein je nach der Ausdehnung der Erkrankung verschieden langes Stück eines Celluloid-Katheters eingeführt. Nach 3—4 Tagen indifferente Behandlung mit Borsalbe, Einblasungen von Jodoform. Der Erfolg war sehr befriedigend, allgemeine Intoxicationserscheinungen wurden nicht beobachtet. W. will aber durch die Pyrogallussäure die Behandlung mit Milchsäure durchaus nicht verdrängt wissen. SCHECH.

21) **Dobrowolski. Ein Fall von Nasentuberculose. (Z posiedzen laryngologiczno-otya tryczaych.)** *Medycyna. No. 44. 1903.*

Bei einem 12jährigen Knaben waren in der rechten Nasenöffnung runde Geschwüre von verschiedener Grösse bis zur Wallnussgrösse vorhanden, welche zum Theil mit dem Septum verwachsen waren und leicht bluteten. In der Gegend des Os nasale war eine Fistel vorhanden; auf der Haut der oberen Lippe fanden sich kleine Knötchen. Die aus der Nase excidirten Geschwüre zeigten tuberculöse Structur.

In der Discussion theilte Wróblewski einen Fall mit, wo bei einem 10jährigen Knaben, welcher an einer hereditären Form der Syphilis litt, auf der unteren Nasenmuschel eine bedeutende Verdickung sich entwickelte, welche die Nasenobstruction verursachte. Mittelst galvanokaustischer Schlinge wurden die angeblich hypertrophischen Theile entfernt; sie zeigten tuberculöse Struktur.

A. SOKOLOWSKI.

22) **Coenen** (Berlin). **Primäre Tuberkelgeschwulst der Nasenhöhle.** *Arch. f klin. Chirurgie. Bd. 70. 1903.*

Bei einem Postschaffner mit Verstopfung der rechten Nase, Abflachung der rechten Gaumenhälfte, Ausfüllung der Nase durch rosarothe, höckrige Geschwulstmassen wurde die Diagnose auf ein den Gaumen perforirendes Sarkom gestellt. Spaltung der Nase und Resection des Oberkiefers. Die histologische Untersuchung ergab eine Tuberkelgeschwulst. Tod an Schluckpneumonie. SEIFERT

23) **J. Fein** (Wien). **Tuberculosis nasi.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 16. S. 455. 1904.*

Bei einer sonst gesunden 25jährigen Krankenwärterin fand sich ein tuber-

culöses Infiltrat des vorderen Endes der rechten unteren Nasenmuschel. Diese Form der monolocalisirten Nasentuberculose kommt selten vor. Halslymphome veranlassten zur Nasenuntersuchung.

CHIARI-HANSZEL.

24) **Arth. Alexander** (Berlin). **Die Beziehungen der Ozaena zur Tuberculose nebst Bemerkungen über die Diagnose der Ozaena.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIV. 1. S. 1. 1903.*

Nach Verf.'s Ansicht, die er ausführlich begründet, ist die Epithelmetaplasie bei der Ozaena nicht ein diagnostisch verwerthbarer Befund; ebensowenig kann die Diagnose von dem Vorhandensein des Bacillus mucosus abhängig gemacht werden, sondern der makroskopische Nachweis sich zersetzender, übelriechender Borken ist erforderlich, um einen Fall mit Sicherheit als Ozaenafall zu bezeichnen.

Um die Beziehungen der Lungentuberculose zur Ozaena festzustellen, untersuchte A. die Nase bei 200 Phthisikern; er fand nur einen Fall mit typischer Ozaena und 6 Fälle mit möglicherweise geheilter Ozaena. Das sind höchstens $3^1/_2$ pCt., eine Zahl, die erweist, dass Ozaena keineswegs eine häufige Begleiterscheinung der Lungenphthise ist, und den Schluss gestattet: In der Aetiologie der Ozaena spielt die Phthise keine Rolle.

Ein anderes Ergebniss hatte die Untersuchung der Ozaenakranken auf Lungentuberculose. Unter 50 Ozaenafällen waren 22 lungentuberculös und 7 zum mindesten auf Phthise sehr verdächtig. Diese Procentzahl ist so gross, dass der Schluss nicht abzuweisen ist, dass bei Ozaenakranken eine Disposition für Lungentuberlose vorliegt. A. erklärt dieselbe in der Weise, dass die Ozaenanase alle Schutzvorrichtungen der normalen Nase gegen Bacterieninvasion eingebüsst hat und statt eines Bacterienfilters eine Brutstätte für Bacterien und ein dauernder Infectionsherd im Körper ist.

Besonders bemerkenswerth ist, dass Alexander in 7 Fällen von Ozaena sogen. säurefeste Bacillen im Ozaenasecret fand. Dieser Befund ist in diagnostischer Hinsicht äusserst wichtig, weil er leicht zur Fehldiagnose einer tuberculösen Erkrankung Anlass geben kann.

F. KLEMPERER.

25) **Lambert Lack** (London). **Eine klinische Vorlesung über Ozaena oder atrophische Rhinitis. (A clinical lecture on ozaena or Rhinitis atrophicans.)** *The Clinical Journal. London 23. December 1903.*

Der Vortrag basirt auf einem Beobachtungsmaterial von 133 Fällen. In 39 pCt. der Fälle begann die Erkrankung unter 5 und in 35 pCt. der Fälle unter 12 Jahren. Eine typische Gesichtsbildung fand sich in 40 pCt. der Fälle, verbunden mit congenitaler ungewöhnlicher Weite der Nasenhöhlen, die ein stark prädisponirendes Moment bildet. Eiterung der Nebenhöhlen konnte in 10 pCt. der Fälle constatirt werden. Histologisch am auffallendsten war die völlige Umwandlung des normalen Flimmerepithels in Pflasterepithel; daneben waren Veränderungen an den Drüsen und Gefässen vorhanden. Der Knochen erschien stets normal. Tuberculose in der Familie war sicher in 30 pCt. der Fälle nachzuweisen. Die besondere Tendenz solcher Patienten, Tuberculose zu acquiriren,

kann auf die unvollkommene respiratorische Function der Nase zurückgeführt werden. Hereditäre Disposition findet sich oft. In zwei Fällen schien eine Ansteckung evident zu sein. Der von Grünwald behauptete und von den meisten Autoren bestrittene Znsammenhang von Ozaena und Sinuserkrankung wird nach Ansicht des Verf.'s auch durch die Resultate der Nasentamponade widerlegt. Die erfolgreichste Behandlung besteht nach Erfahrung des Verf.'s in sorgfältiger Reinigung der Nase mit einer der zu diesem Zweck empfohlenen Flüssigkeiten; Salzwasser erfüllt diesen Zweck so gut wie jede andere Lösung. Die Nase wird dann mit Streifen von Cyanidgaze tamponirt, was eine Eintrocknung und Zersetzung des Secrets verhindert. Der Tampon soll nur zur Vornahme des Nasensprays entfernt werden. Wenn die Fälle auch nicht als geheilt betrachtet werden können, so ist doch ein Hauptsymptom beseitigt. Mit dem Sprayen und Tamponiren soll erst aufgehört werden, wenn die Absonderung ganz aufhört, was in drei bis sechs Monaten der Fall ist. Dann ist gewöhnlich nur eine Trockenheit in der Nase vorhanden mit einer Tendenz zur Schleimsecretion; dagegen verordnet man täglich einmal Ausspülung mit einer Salzlösung.

(Ref. kann die ausgezeichneten Resultate, die in vielen Fällen mittels dieser Methode erzielt wurden, durchaus bestätigen; wo das Idealresultat einer absolut trockenen Nase nicht erreicht werden konnte, verspürten die Patienten jedenfalls eine erhebliche Besserung.) JAMES DONELAN.

26) **E. Jürgens. Ein Fall von Ozaena mit tödtlichem Ausgang.** *St. Petersb. med. Wochenschr. No. 4. 1904.*

Mittheilung eines Falles, der moribund in das Krankenhaus kam. Bei der Section fanden sich: eitrige Borken in der Nase, Ethmoiditis purul., Sinusit. pur. front., Meningitis. Warum der Autor den Ausgang der Krankheit gerade mit der Ozaena verbindet, ist nicht ersichtlich. P. HELLAT.

27) **Clement F. Theisen. Aetiologie und Diagnose der Ozaena und ihre Beziehung zur Lungentuberculose. (Etiology and diagnosis of ozena and its relation to pulmonary tuberculosis.)** *Albany Medical Annals, Januar 1904.*

Unter 20 Fällen von Ozaena fand Verf. 7 mal ausgesprochene Tuberculose, und zwar waren in 5 davon die physikalischen Zeichen bei Percussion und Auscultation so evident, dass von der Sputumuntersuchung abgesehen wurde. In zwei Fällen waren die physikalischen Symptome nur gering, jedoch ergab die Tuberkelbacillenuntersuchung des Sputums ein positives Resultat und später wurde auch die Erkrankung der Lungen für die Untersuchung deutlich. Von den 7 Fällen sind seitdem 3 an ihrer Tuberculose zu Grunde gegangen. In einem der Fälle, ein 24jähriges Mädchen betreffend, bestand neben der Lungentuberculose eine eitrige Otitis media; eine daraus entstehende Mastoiditis wurde operirt und im Eiter des Mittelohres wurden Tuberkelbacillen gefunden. EMIL MAYER.

28) **Döbeli** (Bern). **Ueber Bildung des Secrets bei Ozaena.** *Diss. Bern. Arch. f. Laryngologie. Bd. 1. H. 1. 1904.*

In der Berner Poliklinik für Ohren- und Halskrankheiten wurde an einer Anzahl von Fällen ausgesprochener Ozaena simplex Stunde für Stunde die Secre-

tion und das Secret beobachtet. Die Aufgabe war hier nicht, eine Theorie über Ozaena zu verfechten oder aufzustellen. Es genügt Verf. gefunden zu haben, dass das Secret grösstentheils aus ausgewanderten vielkernigen Leukocyten, zum kleineren Theil aus rundlichen Mastzellen besteht, und dass alle übrigen Bestandtheile — Bacterien, Fettsäurekrystalle etc. — nur secundäre Veränderungen und Beimischungen darstellen. Für die Localisation zeigt Verf., dass bei frischer Bildung der Absonderung auf der vorher gereinigten Schleimhaut die ersten sichtbaren Massen fast constant stellenweise auf bestimmten Schleimhautbezirken auftreten, und zwar auf denjenigen, welche die meisten Borken zu bilden pflegen, und dass sie sich von diesen Flecken aus diffus weiter verbreiten. Diese Stellen enthalten fast ausschliesslich Plattenepithelien und nur degenerirtes Cylinderepithel. Das Secret entsteht nur an der Stelle selbst und ist niemals herabgeflossen. Diese Ergebnisse sind geeignet, unsere falschen Anschauungen zu beleuchten.

JONQUIÈRE.

29) E. Guarnaccia. **Die Gersuny'sche Methode bei der Rhinitis atrophicans foetida. (Il metodo Gersuny nella rinite atrofica ozenatosa.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio della gola e dal naso. Juni 1904.*

Verf. benutzt das von der Firma Chesebrough (New-York) in den Handel gebrachte Paraffin-Vaselin, dessen Schmelzpunkt bei 45° liegt, und das er sterilisirt, indem er es eine halbe Stunde lang bei einer Temperatur von 100° in einer Porzellankapsel lässt. Wegen der gefässverengenden Wirkung des Cocains verzichtet Verf. auf locale Anästhesie; die Injectionen sind auch wenig schmerzhaft. Er verwendet eine Pravaz'sche Spritze, die bis zum Gebrauch in Wasser von 46—48° gelegt wird. Zwischen einer und der anderen Injection muss ein Zwischenraum von einer Woche liegen. Die zur Herstellung einer Muschel genügende Menge beträgt 4–6 g. Verf. bedient sich in zweifelhaften Fällen zur Entscheidung der Frage, ob die Atrophie schon zu weit vorgeschritten ist, als dass man von der Methode noch einen Erfolg erhoffen kann oder ob ihre Anwendung noch indicirt ist, der Adrenalinprobe. Tritt unter Einwirkung des Adrenalin noch eine weitere Abschwellung ein, so kann man auf eine Wiederherstellung der Muschel hoffen; wenn nicht, dann wird die Injection wenig oder gar keinen Nutzen bringen. Verf. hat in zahlreichen so behandelten Fällen niemals eine unangenehme Nebenwirkung gesehen; nur in zwei Fällen trat ein leichtes infraorbitales Oedem auf, das am zweiten Tage verschwand.

FINDER.

30) A. Levy. **Ueber Formveränderungen der Nase infolge von Schleimpolypen.** *Dissert. Königsberg i. Pr. 1903.*

Verf. fasst die Resultate seiner unter Gerber angefertigten Arbeit so zusammen:

Die Auftreibung der Nase durch Schleimpolypen ist nicht so selten, wie es früher behauptet wurde. Findet sich eine Dehiscenz der Nasenbeine, so lässt sich daraus der Schluss ziehen, dass die Polypenansammlung erst in höherem Alter begonnen hat.

Bildet die Nase bei Fällen von Auftreibung durch Polypen kein festes

knöchernes Gefüge, so hat die Polypenansammlung im jugendlichen Alter begonnen. Wie häufig die Nebenhöhlen der Nase bei diesen Fällen excessiver Polypenbildung afficirt sind, lässt sich nicht bestimmt angeben, doch dürften Nebenhöhlenaffectionen, besonders solche des Siebbeins, häufig hierbei vorhanden sein.

J. KATZENSTEIN.

31) **Alexander Baurowicz** (Krakau). **Ein Beitrag zur Localisation der sogenannten blutenden Nasenpolypen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. H. 1. S. 451. 1903.*

In einem Falle B.'s sass der blutende Nasenpolyp am vorderen Ende der unteren Nasenmuschel. Dieser Fall betraf eine junge Frau, die im 8. Monat schwanger war. Da das Zusammentreffen von Gravidität und blutendem Polyp mehrfach beobachtet wurde, ist ein gewisser Zusammenhang anzunehmen, und zwar in der Art, dass die vordem bereits vorhandene Geschwulst durch die Gravidität lebhafter wuchert und leichter blutet. — In einem anderen Falle B.'s sass der Polyp im oberen Winkel des Vestibulum nasi, an der Grenze der Haut mit der Schleimhaut des Septum.

F. KLEMPERER.

32) **Eugene Yong. Die Verbeugung von Recidiven der Nasenpolypen. (The prevention of the recurrence of nasal polypi.)** *Lancet. 7. November 1903.*

Sind nur wenige Polypen vorhanden, so genügt oft die Entfernung mit der Schlinge zur definitiven Heilung. In anderen Fällen muss der grösste Theil der mittleren Muschel mit der Luc'schen Zange abgetragen werden. In schwereren Fällen kommt die Lack'sche Methode unter Anwendung der allgemeinen Narkose zur Anwendung.

ADOLPH BRONNER

33) **Claude Woakes. Die Vorbeugung von Recidiven der Nasenpolypen. (The prevention of the recurrence of nasal polypi.)** *Lancet. 21. November 1903.*

Verf. kommt auf die unter voriger Nummer referirte Arbeit Yong's zurück und erinnert daran, dass sein Vater Eduard Woakes bereits vor 20 Jahren die Radicaloperation der Polypen vornahm. Verf. bedient sich zur Operation eines grossen starken Meyer'schen Ringes.

ADOLPH BRONNER.

34) **Francis R. Packhard. Die Aetiologie der Nasenpolypen mit besonderer Berücksichtigung ihres Zusammenverkommens mit anderen pathologischen Zuständen. (The etiology of nasal polypi with special reference to their association with other pathological conditions.)** *American Journal Medical Science. November 1903.*

Verf. giebt einen Ueberblick über verschiedene die Pathologie der Nasenpolypen betreffende Arbeiten. Er beschreibt ferner den mikroskopischen Befund in einigen seiner eigenen Fälle und erinnert daran, dass die Nasenpolypen der Ausdruck einer Erkrankung des darunterliegenden Knochens sind und dass infolgedessen ihre blosse Entfernung nicht zu völliger Heilung führen kann.

A. LOGAN TURNER.

35) Charles H. Baker. **Nasenpolyp; Ursprung und Behandlung. (Nasal polypus; origin and treatment.)** *The Journal of the American Association. 5. December 1903.*

Nasenpolypen verdanken ihre Entstehung direct einer Eiterung der Nasenhöhlen oder einer Entzündung des Periost's der mittleren Muschel infolge vorhergehender eitriger Entzündung im Knochen selbst. Sie sind nichts anderes als Granulationen, die infolge der besonderen Verhältnisse der Nasenschleimhaut ihre besondere Form annehmen. Verf. bespricht die Therapie, die ausser in Entfernung der Polypen in sorgfältiger Behandlung der Nebenhöhlen und eventueller Abtragung der mittleren Muschel zu bestehen hat.

EMIL MAYER.

36) **Streit** (Königsberg i. Pr.). **Auftreibung der äusseren Nase infolge von Nasenpolypen auf das Dreifache ihrer Grösse.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. Vereinsbeil. 1904.*

Bei dem vorgestellten Fall, 48jährige Frau, war das knöcherne Nasenskelet gesprengt.

ALBANUS (ZARNIKO)

37) **Hanszel. Involution eines Rhinolarynxskleroms durch Erysipel der Gesichtshaut und eines Sarkoms des Rachens durch Streptokokken- und Staphylokokkeninfection.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 7. 1902.*

Mittheilung zweier Krankengeschichten, deren Ausgang der Titel anzeigt: daran schliesst Hanszel eine Besprechung der bereits früher beobachteten das Gebiet der Laryngo-Rhinologie betreffende Fälle, bei denen das Erysipel eine Heilwirkung hervorbrachte. H. meint, dass die Heilwirkung von der Höhe des Fiebers abhänge, dasselbe müsse eine bedeutende Reaction des Gesammtorganismus zur Folge haben.

SCHECH.

38) **Alexander** (Berlin). **Ein Fall von Rhinosklerom.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 7. 1903.*

Vorstellung eines aus Minsk in Russisch-Polen stammenden in B. Fränkel's Poliklinik beobachteten Skleromfalles.

ZARNIKO.

39) **Lichthorn** (Berlin). **Ueber einen Fall von Rhinosklerom.** *Dissert. Berlin. 1903.*

Beschreibung eines Falles, der identisch ist mit dem von Alexander am 16. Januar 1903 in der laryngologischen Gesellschaft vorgestellten, betreffend einen Barbier aus Minsk, im russisch-polnischen Gouvernement Warschaus.

SEIFERT.

40) v. **Marschalkó** (Klausenburg). **Drei Fälle von Rhinosklerom.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeil. 1903.*

Demonstration der Fälle.

ALBANUS (ZARNIKO).

41) **G. Kaiser** (Wien). **Die Behandlung maligner Neubildungen in Körperhöhlen mit Secundärstrahlen.** *Wien. klin. Rundschau. No. 12. 1904.*

Beschreibung der Methode und Apparate, mittelst welcher ein Spindelzellensarkom der Nasenhöhe (s. Sitzungsprotok. d. kk. Ges. d. Aerzte, Wien. klin.

Wochenschr. 1904, No. 4) zur Heilung gebracht wurde. Diese Art Lichtbehandlung hat vor anderen den Vorzug der vollständigen Ungefährlichkeit und der directen Bestrahlung von Tumoren in Körperhöhlen. CHIARI.

42) S. Ingerman. **Primäres Epitheliom der Nasenhöhle. (Primary epithelioma of the nasal fossae.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. December 1903.*

Auf der linken Seite des Septums an dessen unterem Theil sass ein ungefähr $1^1/_2$ cm hoher, 1 cm breiter und 2 cm langer dunkelrother Tumor mit geschwürig zerfallener Oberfläche. Ein Stück des Tumors wurde entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Epitheliom mit zahlreichen Perlen und reichlichen Mitosen. Der Tumor wurde entfernt, die Basis curettirt und mit Chromsäure nachgeätzt. Zur Zeit der Veröffentlichung war kein Rezidiv nachweisbar. EMIL MAYER.

43) J. G. Connel. **Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *Glasgow Med. Journal. November 1903.*

Fall eines 56jährigen Mannes, bei dem Verf. ein Sarkom der Nase mit Galvanokaustik erfolgreich entfernt hat. A. LOGAN TURNER.

44) R. H. Johnson. **Sarkom der Nasenscheidewand. (Sarcoma of the nasal septum.)** *N. Y. Medical News. 14. November 1903.*

An der linken Seite des Septums fand sich eine hellrothe, harte, unbewegliche Schwellung, die leicht blutete und die Nase verletzte. Die mikroskopische Diagnose ergab, dass es sich um ein Sarkom handelt. LEFFERTS.

45) **Grossmann** (Wien). **Einfluss der Röntgenstrahlen auf ein Spindelzellensarkom der Nase.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 4. 1904.*

Ein mehrmals recidivirtes Sarkom (von den Muscheln ausgehend) wurde seiner Hauptmasse nach endonasal entfernt und die zurückgebliebenen Reste der Röntgenbelichtung unterzogen. Es geschah dies mittelst Bleitrichter nach Angabe Dr. Kaiser's. Vier Monate hernach makroskopisch kein Rezidiv nachweisbar. CHIARI.

46) **Warnecke** (Hannover). **Zur Warmluftbehandlung von Ohr und Nase.** *Berl. klin. Wochenschr. No. 37. 1903.*

Beschreibung eines einfachen Apparates, der die durch einen Platinbrenner erwärmte Luft bei der Behandlung des Empyems der Kieferhöhle nach Krause-Friedländer durch die Troicartcanüle in die Höhle treibt. Gute Erfolge.

ALBANUS (ZARNIKO).

47) **Boyé. Beiträge zu intranasalen Vaporisation.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 6. 1903.*

Mittheilung der Resultate der Vaporisation nach Berthold auf der Thost-schen Poliklinik; die Procedur wurde mit dem Apparat von Pincus vorgenommen, doch wurde das durchlöcherte Katheteransatzstück nur 4 mm dick genommen. Dem Verfahren wurde eine gründliche Ausspülung und Reinigung der Nase mit

3 pCt. Wasserstoffsuperoxyd vorausgeschickt, und dann die Spülflüssigkeit mit Watte abgesaugt; nun wurde eine mässig feste Tamponade der Nase resp. Kieferhöhle mit Gazestreifen ausgeführt, die mit 20proc. leichtspirituöser Cocainlösung getränkt waren; diese Tampons blieben 10 Minuten liegen, darauf Einlegen von Chloroform getränkten Wattebäuschen für 3—5 Minuten. Nach Entfernung dieser Bäusche wurde der Naseneingang mit Vaselin eingefettet; sowie das Thermometer 115 Grad zeigte, wurde das Ansatzstück unter Leitung von Speculum und Licht ungefähr horizontal so in die Nase eingeführt, dass die Olive fest an den Naseneingang gepresst war. Der Patient sass nun fest auf dem Operationsstuhl, den Kopf gerade gerichtet und hinten an eine Kopfstütze fest angelegt; dann wurde der Verschlusshahn für die vorgesehene Secundenzahl rasch geöffnet und wieder geschlossen; die Vaporisation der anderen Seite folgte sofort nach Abkühlung des Katheteransatzstückes in kaltem Wasser; nachher Bettruhe bis zum folgenden Tag. Cocainintoxicationen kommen selten vor, auch würde Verf. sich nicht vor leichter Chloroformnarkose scheuen; die Dauer der Vaporisation betrug meist 3—4 Secunden. Nachher findet man die Schleimhäute bedeckt mit einem feinen weissen Beschlag, der aber sich bilden muss, wenn die Procedur Nutzen bringen soll; sehr dicke Beschläge werden andern Tags mit der Pincette entfernt behufs Wiederherstellung der Nasenathmung. Nach völligem Verschwinden aller Beschläge werden Pinselungen von Jodglycerin 2 mal wöchentlich verordnet, sowie tägliche Nasenspülungen meist mit Milch oder tägliche Sprays mit Menthol und Campher von 1,0 und Paraffini liquidi 50,0. In 22 von 24 Fällen von atrophischer Rhinitis war der Erfolg ein vollständiger, da Borkenbildung, Fötor und Kopfschmerz ausblieben, darunter befanden sich 15 Fälle von Ozaena ohne Nebenhöhlenerscheinungen, von denen 13 Fälle 8—15 Monate so gut wie symptomlos blieben. Ob die Atmocausis für Nebenhöhlenerkrankungen verwerthbar ist, ist, konnte B. nicht entscheiden; als objectiv wahrnehmbare Veränderung der vaporisirten Schleimhaut konnte B. in allen Fällen constatiren, dass die Schleimhäute saftiger, glänzender, feuchter geworden waren.

SCHECH.

48) **Joseph C. Beck. Ueberhitzte mit Medicamenten gesättigte Luft bei Krankheiten des Ohres und der Nase. (Superheated medicated air in diseases of the ear and nose.)** *Laryngoscope. Mai 1903.*

Verf. hat die überhitzte Luft bei acuter Sinusitis ohne Eiterbildung und bei Lupus des Nasenflügels angewandt. In den ersten sehr schmerzhaften Stadien der acuten Sinusitis verwandte B. die heisse mit Menthol gesättigte Luft von einer Temperatur von 40 Gr. C. 10 Minuten lang. Die Behandlung ergab ausgezeichnete Resultate.

EMIL MAYER.

c. Diphtherie und Croup.

49) **Winselmann** (Krefeld). **Das Diphtherieheilserum in der allgemeinen Praxis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. 1903.*

Verf. erklärt „das Diphtherieheilserum als ein specifisches Heilmittel im weitesten Sinne des Wortes“ auf Grund der Erfahrung an 250 Fällen.

ALBANUS (ZARNIKO).

50) **Ponticaccia. Ueber eine besondere Wirkung des Antidiphtherieserum. (Di una speciale azione del siero antidifterico.)** *La Pediatria. Mai 1904.*

In dem von ihm mitgetheilten Fall hat Verf. beobachtet, dass unter der Einwirkung des Serums eine Imbibition der diphtherischen Membranen stattfand.

FINDER.

51) **W. H. Park. Die Herstellung des Diphtherieantitoxins. (The production of diphtheria antitoxin.)** *Proceedings New York Pathological Society. Mai 1903.*

Vorliegende Arbeit ist eine vorläufige Mittheilung über einige Versuche, durch welche gezeigt wird, wie eine schnelle Bildung von Diphtherieantitoxin bei Pferden nach Injection mehr oder minder grosser Dosen von Diphtherietoxin eintritt, das vorher durch Antitoxin neutralisirt worden ist.

EMIL MAYER.

52) **E. R. Fergusson. Antitoxin und sein Werth. (Antitoxin and its value.)** *N. Y. Medical News. 7. November 1903.*

Vor Einführung des Antitoxin hat Verf. unter 75 Fällen von Intubation keine einzige Heilung gesehen. Es trat zwar stets ein unmittelbares Nachlassen der asphyktischen Erscheinungen ein, jedoch erfolgte der Tod infolge diphtherischer Bronchopneumomie. Seit der Serumbehandlung gelangen die meisten derartigen Fälle zur Heilung. Wichtig ist es nur, genügende Serummengen zu geben.

LEFFERTS.

53) **J. S. Graham. Ein Bericht über den systematischen Gebrauch von Antitoxin als Prophylacticum bei Diphtherie im Hospital für kranke Kinder 1902 bis 1903. Toronto Canada. (A report on the systematic use of antitoxin as a prophylatic measure in diphtheria at the hospital for sick children 1902. Toronto Canada.)** *The Canadian Practitioner und Review. December 1903.*

Im Juni 1902 wurde in dem Hospital, aus dem vorliegender Bericht stammt, die Serumbehandlung eingeführt, indem jedem Kinde, das über drei Jahre alt war, jeden 21. Tag 500 I. E., jedem Kind von 3 Jahren und darunter 250 I. E. injicirt wurden. Während in der Zeit vom Januar bis Juni 42 Fälle von Diphtherie vorkamen, die alle bis auf 5 unzweideutige klinische Erscheinungen machten, folgte in den nächsten 6 Monaten nach Einführung des Serumgebrauchs kein einziger Fall, in den darauf folgenden 6 Monaten wurden 8 Fälle beobachtet. Verf. lässt dann eine Betrachtung über die Ausschläge folgen und kommt zu dem Ergebnisse, dass solche nach Serumanwendung zwar auftreten, aber von keinerlei Bedeutung seien.

EMIL MAYER.

54) **Notiz des Herausgebers. Abnahme der Diphtheriesterblichkeit infolge Antitoxin. (Reduction in diphtheria mortality from antitoxin.)** *N. Y. Medical News. 26. December 1903.*

Das Gesundheitsdepartement von Chicago stellt fest, dass seit Einführung der prophylaktischen und therapeutischen Serumanwendung die Mortalität fast auf die Hälfte gesunken ist, d. h. von 6,25 Todesfällen auf jedes Zehntausend der Bevölkerung in den Jahren 1889—1895 auf 3,24 in den Jahren 1896—1902. Die Erfahrung dieser sieben letzten Jahre zeigt ferner, dass kein Kind, wenn es

frühzeitig genug mit ausreichenden Dosen guten Serums behandelt wird, an Diphtherie zu Grunde gehen soll. Vor der Einführung der Serumbehandlung betrug die Mortalität bei Diphtherie 35 pCt., jetzt ist sie geringer als 7 pCt. Viele Aerzte in Chicago haben hunderte von Diphtheriefällen behandelt mit einer Mortalität von geringer als 2 pCt.

LEFFERTS.

55) **J. S. Billings. Die Anwendung von Antitoxin bei Diphtherie vom Gesundheitsdepartement im Jahre 1902.** *N. Y. Medical Journal. 12. December 1903.*

Von 15 792 Fällen, die mit dem vom Gesundheitsdepartement kostenlos gelieferten Serum injicirt wurden, starben 1860 (11,8 pCt.). Werden die im moribunden Zustand injicirten 722 Fälle abgerechnet, so wird die Mortalität auf 7,5 pCt. reducirt.

Immer wieder tritt die Nothwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Behandlung zu Tage. Von 1702 am ersten Krankheitstage injicirten Patienten starben mit Einschluss der erst moribund in Behandlung gekommenen 85 (4,9 pCt.).

LEFFERTS.

56) **John Zahorsky. Die Diphtheriemortalität in der Privatpraxis unter Antitoxinbehandlung. (The mortality of diphtheria in private practice under the antitoxin treatment.)** *N. Y. Medical News. 5. December 1903.*

Es liegt hier das Ergebniss einer Sammelforschung vor: Unter 1610 Fällen waren 24 Todesfälle (1,5 pCt.). Die Antworten, die einliefen, ergaben, dass bisweilen der unglückliche Ausgang auf Kosten eines Irrthums zu setzen ist. Solche Irrthümer sind hauptsächlich: 1. Es wird eine einfache Tonsillitis diagnosticirt, der Patient einige Tage nicht besucht und dann eine schwere Diphtherie gefunden. 2. Eine ungenügende Dosis Antitoxin wird injicirt. 3. Es wird ein werthloses Serum injicirt, das zu alt ist oder aus unzuverlässiger Quelle stammt. 4. Es wird in Fällen von primärem Kehlkopfcroup die Diagnose auf eine einfache Laryngitis gestellt.

LEFFERTS.

57) **J. Moldawski. Ueber Behandlung des Croup bei Kindern vermittelst Intubation und Heilserum. (O letschenii krupa w detei intubatici w siworotkei.)** *Prakt. Wratsch. No. 32. 1903.*

Kurze Bemerkungen ohne weiteres Interesse.

P. HELLAT.

58) **A. Delcourt. Streptokokkencroup; Intubation; Erythem nach Seruminjection; Pleuritis. (Croup à streptocoques; Tubage; Erythème postsérique; Pleurésie.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 13. 1903.*

$3^1/_2$jähriger Knabe ward am 7. Januar 1903 wegen Croup ins Spital aufgenommen. Intubation mit Röhre No. 3—4. Seruminjection von 2000 Einheiten. Definitive Detubation am 13. Januar. Temperaturabfall. Die bacteriologische Untersuchung der den Mandeln entnommenen Pseudomembranen ergab die Anwesenheit Löffler'scher Bacillen und das Vorhandensein von Streptokokken und Staphylokokken. Vier Tage darauf Temperatursteigerung bis zu 40,4 Gr.; Auftreten eines pleuritischen Exsudats. Am 22. Juni stellt sich ein masernähnliches

Erythem ein, welches sich vom Rücken der Hand nach dem Vorderarm fortsetzt. Tod am 25. Januar. Autopsie.

Das bedeutende pleuritische Exsudat ergab bei der bacteriologischen Untersuchung Streptokokken und ist demnach als Secundäraffection von den Mandeln herrührend anzusehen. Ob die Streptokokken die Ursache des polymorphen Erythems bilden, wäre gewagt anzunehmen, zumal Valette dargethan hat, dass Injectionen von antidiphtheritischem Serum bei gesunden Personen ein spätes polymorphes Erythem hervorrufen können.

BAYER.

59) **Marfan. Ueber eine Indication der Tracheotomie beim Croup. (Sur une indication de la trachéotomie dans la croup.)** *La pédiatrie pratique. 19. December 1903.*

Verf. hält die Tracheotomie nur in einer sehr geringen Zahl von Fällen für indicirt. Während zweier Jahre wurde 783 mal intubirt, während die primäre Tracheotomie nur 44 mal, die secundäre 31 mal ausgeführt wurde. In gewissen Fällen, in denen die Intubation kein Nachlassen der Asphyxie bewirkt oder im Gegentheil die Einführung des Tubus eine Apnoë zur Folge hat, kann man sicher sein, dass dies durch Anwesenheit von Membranen in der Trachea bewirkt wird. In solchen Fällen ist dringende Tracheotomie angezeigt, nach der oft die Ausstossung der Membranen erfolgt.

A. CARTAZ.

d. Mundrachenhöhle.

60) **Michelsen** (Schottburg). **Ueber die ätiologischen Beziehungen der acuten Entzündungen der Tonsillen zu anderen Erkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung der Angina tonsillaris retronasalis.** *Dissert. Berlin 1901.*

Zusammenstellung des Bekannten, mit besonderem Hinweis darauf, dass die Tonsilla pharyngea speciell bei acuten Krankheitsprocessen zweifelhaften Ursprungs Berücksichtigung verdient.

SEIFERT.

61) **Lublinski** (Berlin). **Ueber die Complication der Angina mit acuter Thyreoiditis.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. 1903.*

Vier Fälle. Nach Angina schmerzhafte Anschwellung der Schilddrüse ohne Eiterung mit neuer Fiebererhebung. In einem Fall etwas Athemnoth, in allen Pulsbeschleunigung — Vagusreizung. Ein Fall acquirirt nach $^1/_2$ Jahr wiederum eine Angina, die mit einer Thyreoiditis complicirt ist. Aetiologie gedacht nach Art des Zusammenhanges zwischen Angina und rheumatischen Gelenkerkrankungen.

ALBANUS (ZARNIKO).

62) **Hess** (Marburg). **Die Angina Vincenti.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 42. 1903.*

Literaturübersicht. Diagnose ist nur zu stellen: 1. bei reichlichem Vorhandensein fusiformer Bacillen und Spirillen; 2. bei Ausschluss von Diphtheriebacillen; 3. Ausschluss von Lues und 4. wenn sich nur in den obersten Schichten der Membran andere Bacterien finden.

ALBANUS (ZARNIKO).

63) **Bernheim** (Zürich). **Zur „Angina Vincenti".** *Deutsche med. Wochenschr. No. 48. 1903.*

Gegenüber Hess will Bernheim die „Angina Vincenti" als Plaut'sche Angina bezeichnet haben, was in einer folgenden Bemerkung Hess anerkennt.

ALBANUS (ZARNIKO).

64) **P. Hellat. Tonsillitis streptothricia.** *Protocolle und Verhandlungen des St. Petersb. Medico-chirurg. Vereins im Jahre 1900—1901. St. Petersburg 1904.*

Die Arbeit ist bereits im Centralblatt referirt worden.

P. HELLAT.

65) **Gilbert D. Murray. Chronische Tonsillitis. (Chronic tonsillitis.)** *The Laryngoscope. December 1903.*

Verf. kommt bei seinen Erörterungen zu folgenden Ergebnissen:

Den Zähnen soll bereits in frühester Kindheit sorgfältige Pflege zugewandt werden; die Zunge soll, wenn sie belegt ist, ebenso sorgfältig gereinigt werden. In der Mundhöhle ist die primäre Ursache der Tonsillitis zu suchen, sie muss gleichzeitig mit dieser behandelt und täglich mehreremals gereinigt werden. Sind die Tonsillen erkrankt, wobei sie oft nicht vergrössert zu sein brauchen, so wirken sie nicht mehr als Schutz gegen Erkrankung, sondern vielmehr als Eingangspforte für solche und müssen entfernt werden.

EMIL MAYER

66) **C. P. Linhart. Vergrösserte Tonsillen als Ursache des Mittelohrkatarrhs. (Enlarged tonsils a cause of middle-ear catarrh.)** *N. Y. Medical Record. 5. September 1903.*

Verf. theilt zwei Fälle mit, die als Beweis dafür dienen sollen, wie infolge der Tonsillarhypertrophie und der Schwellung des übrigen lymphatischen Gewebes im Rachen ein Verschluss der Eustachischen Röhre und eitrige Mittelohrentzündung entstehen kann.

LEFFERTS.

67) **Wm. H. Steers. Operation zur Abtragung der Tonsillen. (Operation for removing the tonsils.)** *N. Y. Medical Record. 3. October 1903.*

Für Tonsillen, die nicht mit den Gaumenbögen verwachsen sind und frei in die Rachenhöhle hineinragen, stellt das Tonsillotom das ideale Instrument vor. In den Fällen jedoch, in denen die Hauptmasse oder der grösste Theil der Tonsillen zwischen den Gaumenbögen eingebettet ist und da, wo Adhäsionen zwischen den Gaumenbögen und den Mandeln vorhanden sind, ist das Tonsillotom ungenügend, da man mit ihm entweder die Tonsille gar nicht fassen oder nur einen Theil von ihr entfernen kann. Verf. bedient sich seit 6—7 Jahren in der Mehrzahl der Fälle fast ausschliesslich eines einfachen Messers und einer Zange. Die Operation wird unter Chloroformnarkose gemacht, während der Patient auf dem Operationstisch liegt und der Mund durch einen Sperrer offen gehalten wird. Ausser Messer und Zange gebraucht Verf. noch zur stumpfen Loslösung der Tonsille den Finger.

LEFFERTS

68) **W. Scheppegrell. Wirkung der Tonsillarhypertrophie auf die allgemeine Gesundheit. (Effects of hypertrophy of the tonsil on the general health.)** *New Orleans Medical and Surgical Journal. December 1903.*

Verf. erwähnt einen Fall, in dem nach Abtragung der Tonsillen asthmatische Anfälle verschwanden, ohne wiederzukehren. Er operirt in Bromäthylnarkose.

EMIL MAYER.

69) **Torrindo Silvestri. Fall von nächtlicher Incontinentia alvi infolge Hypertrophie der Tonsillen. (Caso di incontinenza notturna fecale da ipertrofia delle tonsille.)** *Gazzett. degli ospedali. 10. Januar 1904.*

Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, bei dem die nächtliche Incontinentia alvi sofort nach Abtragung der sehr stark vergrösserten Tonsillen verschwand.

FINDER.

70) **J. Tommasi. Behandlung der hypertrophischen Tonsillen. (Cura delle tonsille ipertrofiche.)** *Annali d. Laringologia ed Otologia. Heft 1—2. 1903.*

Verf. bedient sich mit Vorliebe des Morcellements der Tonsillen, die er mit einem von Invernizzi (Rom) construirtem Instrument ausführt.

FINDER.

71) **Richmond Mc. Kinney. Späte Secundärblutung nach Tonsillotomie. Bericht über zwei Fälle. (Delayed secondary hemorrhage following amygdalectomy; report of two cases.)** *N. Y. Medical Journal. 26. December 1903.*

In beiden Fällen trat eine schwere Blutung 4 Tage post operationem auf. Verf. meint, dass es sich nicht um Verletzung der Art. tonsillaris handelte, da die Blutung einen ausgesprochen venösen Charakter hatte.

LEFFERTS.

72) **Notiz des Herausgebers. Entfernung der Tonsillen als Vorbeugung gegen Krankheiten. (Removal of the tonsils as a prevention of disease.)** *Therapeutic Gazette. 15. Januar 1904.*

Es wird auf die Bedeutung der Tonsillen als Eingangspforte für Infectionskrankheiten, insbesondere Tuberculose hingewiesen, die sich zuerst in den Lymphdrüsen am Halse localisirt. Kinder mit Hypertrophie der Tonsillen werden besonders leicht von Diphtherie befallen, zeigen beim Scharlach besonders häufig grosse Tonsillarulcerationen; sie erkranken auch leichter als andere Kinder an Affectionen der Athmungswege. Verf. plaidirt daher für Entfernung vergrösserter Tonsillen aus Gründen der Prophylaxe.

EMIL MAYER.

73) **Wróblewski. Entfernung einer mit primärem syphilitischem Geschwüre behafteten Tonsille. (Wyciecie migdalka, zajetego wrzodem syfilycznym pierwotnym.)** *Gazeta Lekarska. No. 1. 1904.*

Verf. beschreibt einen Fall von Ulcus durum der rechten Tonsille bei einem 25jährigen Manne. Die Tonsille war vergrössert, röthlich-violett, auf ihrer inneren Oberfläche befand sich ein kraterähnliches Geschwür von der Grösse eines 50 Pfennigstückes mit hartem Rande und grauweissem Belag. Der Kranke bemerkte das Geschwür vor 4 Tagen. Verf. entfernte die Tonsille vollständig mittelst galvanokaustischer Schlinge. Nach einer Woche war die Operationswunde vollständig geheilt. Die allgemeinen Erscheinungen der Syphilis machten sich doch

nach Verlauf von fast einem Monat geltend. In diesem Falle rührte die Ansteckung von einer Frau her, deren Zunge ein syphilitisches Geschwür hatte.

A. SOKOLOWSKI.

74) Chauveau. **Gefässgeschwulst am unteren Rand der Tonsille. (Tumeur vasculaire du bord inférieur de l'amygdale.)** *Archiv. Internat. de Laryngologie. Otologie etc. Juli und August 1903.*

Es handelte sich um einen nussgrossen Naevus, der an die Mandel angeheftet war.

E. J. MOURE.

75) T. Mancioli. **Gutartige Tumoren der Tonsillen. (Tumori benigni delle tonsille.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rhinologia e Laringologia. IV. 1903.*

Verf. berichtet über einen Fall, in dem hinter der linken Tonsille, dieser aufsitzend und zum Theil in dem Winkel zwischen ihr und dem hinteren Gaumenbogen ein gestielter, ungefähr 2 cm langer, kirschkerngrosser Tumor sass. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Papillom handelte.

FINDER.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

76) M. Bukofzer. **Ueber den Einfluss der Verengerung des Ansatzrohres auf die Höhe des gesungenen Tones.** *Arch. f. Ohrenheilkde. LXI. 1/2. S. 104.*

Verf, sieht die Ursache des Spiess'schen Phänomens — ein bei geschlossenem Munde gesummter Ton vertieft sich in dem Augenblicke, in welchem man die eine Nasenhälfte verschliesst und die andere verengt — darin, dass infolge Verengerung des Ansatzrohres der Exspirationsstrom verlangsamt und damit die Stimmlippen schwächer angeblasen werden.

J. KATZENSTEIN.

77) Luigi Rugani. **Pneumo- und sphygmographische Veränderungen beim Stottern. (Alterazioni pneumo- e sfigmografiche della balbuzie.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. I—II. 1903.*

Mittheilung auf dem VI. Italienischen Congress für Otologie, Laryngologie und Rhinologie 1902. Ref. Centralbl. Bd. XIX. S. 481.

FINDER.

78) James M. Brown. **Sprachstörungen. (Defective speech.)** *Medical Standard. Februar 1904.*

Brown acceptirt die Classification von Watson Williams in laryngeale, vocale und orale Sprachstörungen. Er betont, dass Ausdauer, Geduld und eine sorgfältige auf die Ursachen zurückgehende Behandlung stets zum Ziele führen.

EMIL MAYER.

79) James M. Brown. **Aetiologie der Sprachstörungen. (Etiology of speech disorders.)** *Medical Age. 25. März 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

80) James M. Brown. **Wie sollen wir Sprachstörungen behandeln? (How shall we treat speech disorders?)** *Illinois Medical Journal. April 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

81) **Oltuszewski. Ueber Wichtigkeit der objectiven Untersuchungsmethoden bei spastischer Dysarthrie. Pathogenese und Therapie der spastischen Aphonie und Falsetstimme. (Przyczynek do waznosci objektywnej metody badania przy dyzartryach kurczowych. Patogeneza i leczenie afonii spastycznej oraz glosu falsetowego.)** *Medycyna. No. 11. 1904.*

Das wichtigste Mittel bei der Diagnose der spastischen Dysarthrie und vor allem beim Stottern ist der Kehlkopfspiegel und Pneumograph. Verf. nimmt 4 Arten von Stottern an: 1. Tonische Krämpfe der Glottisschliessmuskeln. 2. Klonische Krämpfe derselben Muskeln. 3. Tonische Krämpfe der Glottisöffnermuskeln. 4. Klonische Krämpfe derselben. Was das Athemstottern betrifft, unterscheidet Verf. auf Grund der pneumographischen Untersuchungen folgende 4 Arten: 1. Inspirationsart, vom klonischen oder tonischen Krampfe des Diaphragma abhängig. 2. Exspirationsart, abhängig von Exspirationskrämpfen. 3. In- und Exspirationsart, abhängig von klonischen Krämpfen des Diaphragma. 4. Articulirte Exspirationsart, abhängig von tonischen Krämpfen des Diaphragma.

Auf Grund eigener Untersuchungen sieht Verf. die spastische Aphonie als Athmungsstottern an, abhängig von gleichzeitigem tonischem Krampfe des Diaphragma und den Muskeln des Brustkorbes, oder als Athmungsstottern, abhängig von tonischen Krämpfen der Glottisschliesser und Glottisöffner.

Was die Falsetstimme betrifft, so sieht sie der Verf. als ein Leiden an, welches sich der spastischen Aphonie nähert, und reiht sie der Kategorie der spastischen Dysarthrie an, bei der die Krämpfe an den vorderen Kehlkopfmuskeln stattfinden.

A. SOKOLOWSKI.

82) **J. Lépine. Tabische Kehlkopfkrisen. (Accidents laryngés tabétiques.)** *C. R. Soc. de Biol. LV. 33. p. 1445.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

83) **Szmurto. Ein Fall von rythmischen Kehlkopfzuckungen bei einer hysterischen Frau. (Przypadek ruchów rytmicznych krtani u histeryczki.)** *Medycyna. No. 2. 1904.*

Eine 30jährige Frau klagte seit 10 Jahren über Drücken im Halse, Zuckungen in der Gegend des Kehlkopfs, verbunden mit einem Kollern ähnlichen Geräusche. Verf. fand ausser den allgemeinen Hysteriesymptomen eine mittelmässige Hypertrophie der Nasen- und Rachenschleimhaut und dabei Hyperämie der Epiglottis und der hinteren Wand des Kehlkopfes. Die Stimmbänder und die hinteren Theile des Kehlkopfes machen Bewegungen nach innen, fast 100 in der Minute, welche sich nach der Einathmung verstärken, doch während des Sprechens und des Einathmens aufhören.

Das kollernde Geräusch war nach Ansicht des Verf.'s von der Berührung der seitlichen und der hinteren Wände des Kehlkopfes mit der inneren Fläche des Sinus pyriformis abhängig.

Nach 6wöchentlichem Aufenthalt im Krankenhause, womit hauptsächlich eine Suggestionstherapie mit Bädern und Nasen- und Rachenbepinselungen mit Lysollösung verbunden war, genas die Kranke.

A. SOKOLOWSKI.

84) **Japha** (Berlin). **Ueber den Stimmritzenkrampf der Kinder.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 49. 1903.*

Verf. kommt an der Hand von elektrischen Prüfungen an Kindern, die an Stimmritzenkrampf gelitten haben, zu dem Schluss: „Der Stimmritzenkrampf der Kinder vereinigt sich mit einer gewissen Art von Convulsionen und gewissen localen Krampfzuständen zu einem Krankheitsbilde, welches charakterisirt ist durch eine erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems gegenüber allen Arten von Reizen." Die Ursache dieser in Analogie mit ähnlichen Zuständen bei Erwachsenen vom Verf. mit der Tetanie verglichenen Kindererkrankung ist nicht ganz geklärt. Verf. misst Ernährungsschädlichkeiten (Kuhmilch) die grösste Bedeutung zu. — In der Discussion des Vortrages in der Berliner medicinischen Gesellschaft führt Hauser Fälle von Stimmritzenkrampf an, wo kein Zusammenhang mit der Tetanie bestehe. Finkelstein bestätigt die Angaben Japha's.

ALBANUS (ZARNIKO).

85) **Bertels. Ein Fall von Ictus laryngis.** (Mittheilungen aus der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga.) *St. Petersburger med. Wochenschr. No. 8. 1904.*

Bei einem 59jährigen Manne (Alkoholiker und Raucher) wurden bei Exacerbationen des Katarrhes der oberen Luftwege kurze Bewusstlosigkeit und Blutungen aus dem Munde, der Nase und dem Ohre, verbunden mit Hustenparoxysmen beobachtet. Katarrh und Blutungen hörten früher, die Anfälle von Bewusstlosigkeit nach Ablauf von 6 Wochen auf. — Im Larynx nichts Pathologisches.

Discussion:

Hampeln kann den merkwürdigen Fall nur durch individuelle Disposition und eigenthümliche Constellation erklären. Er hat Dementsein bei Angina pectoris und in einem anderen Falle Hautemphysem durch Verlegung der Trachea infolge von Aortenaneurysma gesehen.

Burchard unterscheidet zwei Typen von Anfällen bei Ictus laryngis. Ictus laryngis komme immer bei Leuten mit chronischem Husten vor. Die Bewusstlosigkeit könne durch Anaemia cerebri erklärt werden. B. beobachtete einen Fall mit starker Pulsverlangsamung.

Schwarz möchte im mitgetheilten Falle dem Alkoholismus die Hauptrolle zuschreiben. Diese Fälle gehörten in die Kategorie der Epilepsie, die bei älteren Alkoholikern nicht selten seien.

v. Rimscha beobachtete einen mässigen Alkoholiker, der bei Beruhigung des am Keuchhusten leidenden Kindes einen epileptischen Anfall bekam; dem Anfall ging Zuschnüren der Kehle voraus. v. Rimscha glaubt, dass in seinem Fall eher von Ictus laryngis gesprochen werden darf als im Bartel'schen Falle, der den Eindruck von Laryngospasmus mache.

Bergengrün glaubt, dass nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft Laryngospasmus und Ictus laryngis kaum zu unterscheiden wären.

Schönfeldt hält eine mechanische Erklärung für das Zustandekommen des Anfalles für bestechend. Er sah einen Arteriosklerotiker, der beim Wenden des Kopfes jedesmal einen Anfall bekam und daher nur in Begleitung ausging. Der Begleiter musste ihn stets daran erinnern, nicht den Kopf zu wenden. Beim Ictus

laryngis handelt es sich wahrscheinlich um einen epileptischen Anfall mit laryngealer Aura.

Bartels erwidert Rimscha, dass Spasmen bei Ictus selten sind. Laryngospasmus kann vorkommen, er gehört aber nicht zum Bilde des Ictus. Den Fall von Rimscha hält er für epileptisch.

P. HELLAT.

86) **G. Avellis. Ictus laryngis als Keuchhustenerscheinung beim Erwachsenen.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. S. 368. 1903.*

Beim Keuchhusten eines 38jährigen, niemals epileptisch gewesenen, gesunden Mannes traten nach vorhergehendem Kehlkopfkitzel und kurzem Hustenstoss Anfälle von Bewusstlosigkeit auf, verbunden mit leichten Verletzungen durch Fall und Biss aufs Zungenbändchen und aus dem Munde spritzenden Speichel, von secundenlanger Dauer, ohne Krämpfe, mit nachfolgendem gänzlichen Wohlbefinden. Verf. sieht den Ictus laryngis in diesem Falle als ein für den Hustenparoxysmus vicariirendes Keuchhustensymptom an und sucht die Ursache desselben in einer durch den Keuchhusten verursachten abnormen Erregbarkeit des Vagus, speciell vielleicht des Nervus laryngeus superior.

F. KLEMPERER.

87) **Manicatide** (Jassy). **Ueber Aetiologie und Serotherapie des Keuchhustens.** *Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 45. H. 3. 1903.*

M. hat in 82 Fällen regelmässig einen Bacillus gefunden, der etwas Aehnlichkeit mit dem von Czaplewski beschriebenen hat und auch etwas mit dem von Jochmann und P. Krause, jedoch unterscheidet er sich durch einige Charaktere und ist gänzlich verschieden vom Bacillus Affansief. Mit diesem Bacillus werden Schafe und Pferde immunisirt und von diesen Thieren ein Serum gewonnen, welches die Fälle, die nicht über 10—15 Tage alt sind, in 2—12 Tagen heilt. Die älteren Fälle wurden gewöhnlich sehr gebessert, oder die Heilung erfolgte nach mehreren Tagen.

SEIFERT.

88) **Docquier. Die Behandlung des Keuchhustens. (Le traitement de la coqueluche.)** *La Clinique. No. 44. 1904.*

Der Autor hat bei etlichen 40 mit dem Leuriaux'schen Verfahren behandelten Fällen von Keuchhusten in der Regel eine unverkennbare Veränderung der Anzahl und Dauer der Hustenanfälle beobachtet, welche von 20 und 30 von einem Tag zum andern auf 5 und 6 herabfielen. Bei einigen Fällen hatte er keinen Erfolg, jedoch muss er dabei bemerken, dass es sich in der Mehrzahl dieser Fälle um Complicationen mit Bronchopneumonie handelte oder der Keuchhusten schon sehr lange Zeit bestand. — Die Injectionen verursachen gewöhnlich keine Complicationen und kann sie der Autor mit gutem Gewissen empfehlen.

BAYER.

89) **O. Joachim. Ein Beitrag zu unserer Kenntniss von den Ursachen der linksseitigen Recurrenslähmung. (A contribution to our knowledge of the causes of left recurrent laryngeal paralysis.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1903.*

Pat. klagte über Dysphagie. Es war Blutspeien und Abmagerung vorhanden und das linke Stimmband stand unbeweglich. Es wurde die Gastrotomie vor-

genommen und Pat. starb in Folge Shook. Nach dem Sectionsergebniss war anzunehmen, dass die Vorgänge in folgender Reihenfolge sich abgespielt hatten: Oesophagusstrictur, dann Ulceration des Oesophagus oberhalb der Strictur und Arrosion der Trachea, allmälige Vergrösserung der Communication zwischen Trachea und Oesophagus. Lungenabscess in Folge Eindringens infectiösen Materials und Metastasenbildung. Die Autopsie erklärt das Zustandekommen der Recurrenslähmung dadurch, dass der Nerv in den entzündlichen Process in der Umgebung der Ulceration hineinbezogen wurde. EMIL MAYER.

90) **Quadrone. Die Stimmbandlähmungen bei Mitralfehlern. (Le paralisi delle corde vocali nei vizi mitralici.)** *Festschrift für Prof. Bozzolo. Turin 1904.*

Die beiden bisher für das Zustandekommen einer Recurrenslähmung bei Mitralstenose angeführten Ursachen sind: der auf den Nerven durch das linke Herzohr ausgeübte Druck und der durch die Verlagerung des Herzens auf den Nerven wirkende Zug. Verf. kommt auf Grund zahlreicher von ihm beobachteter Fälle zu folgendem Ergebniss: Bei Mitralfehlern, besonders bei Stenosen, findet man häufiger als man glaubt Bewegungsstörungen an den Stimmbändern und zwar nicht nur am linken, sondern auch am rechten. Diese Lähmungen, die in der Periode der Compensation persistiren, finden ihre Erklärung in der Verlagerung des Herzens und den in Folge dessen auf die Nervi laryngei inferiores ausgeübten Zug. Es kommen bei diesen Herzkranken auch Stimmstörungen (Heiserkeit) ohne Lähmung vor; diese haben ihre Ursache meist in der Stauung, die in der pharyngo-laryngealen Schleimhaut vorhanden ist. FINDER.

91) **J. Cisler. Ueber das primäre sogenannte klassische Stadium der Posticuslähmung.** *Wiener klinisch-therapeut. Wochenschr. No. 11. 1904.*

An der Hand eines ausführlich beschriebenen Falles möchte Verf. das primäre Stadium der Posticuslähmung, das er als erwiesen annimmt, eintheilen in ein Frühstadium, bei welchem blos eine träge Function des Posticus besteht und in ein vorgeschrittenes Stadium, die complete Paralyse des erwähnten Muskels, wobei jedoch die Glottisschliesser noch intact sind. CHIARI.

92) **Wald. Klein** (Kopenhagen). **Parese der Mm. crico-thyreoidei. (Parese af M. crico-thyreoideus.)** *Ugeskrift for Laeger. 1904.*

Patient war ein 48jähriger früher gesunder Mann, der in den letzten Monaten an periodischen Kopfschmerzen gelitten hatte, der gleichzeitig matt und schweigsam geworden war, da ihn das Sprechen anzustrengen schien.

Die Stimme war rauh und tief, und er war nicht mehr im Stande, zu singen oder einen Ton längere Zeit anzuhalten. Bei der Untersuchung fand sich die Sensibilität bei der Sondenberührung im Larynx theilweise aufgehoben. Unter der Intonation trafen sich die Stimmbänder vollständig, doch war dies mehr auf eine solche Art, dass es aussah, als ob die oberste Fläche der Plica vocalis durch Luft aufgeblasen wäre. Die Oberfläche war uneben und erinnerte an ein schlappes Segel, das im Winde flattert.

K. nennt die Gründe, weshalb es sich im gegebenen Falle nicht um irgend eine functionelle Parese handeln kann, sondern um eine organische. Er zeigt, dass

nur eine geringe Veranlassung vorhanden ist, anzunehmen, dass die Krankheitsursache auf eine einzelne centrale Partie beeschränkt ist, dass solche jedenfalls gerade so gut bulbo-spinal als cerebral sein kann, während doch theoretisch kein Hinderniss vorliegt, den Ausgangspunkt für bulbär anzunehmen.

K. sieht es jedoch für wahrscheinlich an, dass die Krankheit entweder eine periphere ist, bedingt durch alkoholische Ursachen, oder über mehrere centrale Partien ausgebreitet ist, verursacht durch kleine Rupturen der centralen arteriosklerotischen Gefässe.

SCHMIEGELOW.

93) **M. Bresgen. Die Entzündungen der Nasenhöhle, des Rachens und des Kehlkopfes, besonders auch in ihren Beziehungen zu einander, sowie zu anderen benachbarten oder entfernteren Gebilden. IV. Die Dauerentzündungen des Kehlkopfes und der Luftröhre.** *Bresgen's Sammlung zwanglos. Abhandl. 6. October 1902. Carl Marhold Halle a/S.*

Aetiologie: Ererbte oder erworbene Anlage, Erkrankungen der Nasen- und Rachenhöhle; von Bedeutung sind ferner Alter, Geschlecht, Lebensweise, stimmliche Anstrengungen, Staubeinathmungen, Abusus tab. et alcohol. u. s. w. Tuberculöse, lupöse, syphilitische Entzündungen und Geschwülste stehen mehr oder minder in ursächlicher Beziehung zu den Dauerentzündungen.

Es folgt eine Besprechung der Symptomatologie des einfachen Katarrhs — Sängerknötchen, Polypen, Pachydermie — der eitrigen Entzündung, Störk'schen Blennorrhoe = Sklerom, der Tuberculose-Infiltration, Ulceration, Perichondritis, des Lupus, der Syphilis, Sarkom, Carcinom und der anderen Geschwülste.

Bei der Behandlung ist der Zustand der Nase und des Rachens zu beachten und ein Hauptgewicht auf ein allgemeines und örtliches Verhalten zu legen.

Zur örtlichen Behandlung empfehlen sich bei starken Epithelverdickungen ätzende Mittel (Argentum), sonst: Alaun, Tannin; bei Krustenbildung Natr. sozojodol. oder Europhenparaffin.

Bei pachydermischen Wucherungen schneidende Instrumente, in leichteren Graden Einreibungen von Milchsäure-Menthol (50 pCt.); bei Tuberculose und Lupus Auskratzen und Milchsäureeinreibungen, gegen die Schmerzen Orthoform, gegen den Husten Heroin, gegen Schlingbeschwerden Spray von Menthol und Cocainlösung, bei Oedem Skarificationen.

Bei der Syphilis ist nie die örtliche Behandlung zu verabsäumen, bei Geschwüren Arg. nitr.-Aetzung u. s. w.

A. ROSENBERG.

94) **Edgar A. Forsyth. Intratracheale Behandlung. (Intratracheal medication.)** *Buffalo Medical Journal. October 1902.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

95) **Richmond Mc. Kinney. Ein weiterer Bericht über die Anwendung intrachealer Behandlung. (A further report on the use of intratracheal medication.)** *Memphis Medical Monthly. Januar 1904.*

Verf. bedient sich zur intratrachealen Injection einer schwächeren und stärkeren Lösung von Guajacol und Menthol in Olivenöl; er beginnt mit täglichen Injectionen

der schwächeren Lösung und macht die Einspritzungen später nur jeden zweiten Tag. Cocain wird nicht angewandt. Die Resultate sind zufriedenstellend.

EMIL MAYER.

96) **Willis S. Anderson. Intratracheale Injectionen. Experimentelle und klinische Studie über ihren Werth bei Lungenkrankheiten. (Intratracheal injections. Experimental and clinical study of their value in diseases of the lungs.)** *Journal Michigan State Medical Society. März 1904.*

Mittels verschiedener Versuche hat Verf. die leichte Resorbirbarkeit von in in die Luftröhre gebrachten Substanzen nachgewiesen. Der klinische Gebrauch von intratrachealen Injectionen ist durchaus zulässig; tausende von solchen Injectionen sind ohne irgend welche Schädigung und in den meisten Fällen mit Nutzen gemacht worden. Sie werden unter Leitung des Spiegels oder mittels der directen Methode gemacht. Das beste Vehikel ist Olivenöl. Die zur Anwendung kommenden Medicamente dürfen die Schleimhaut nicht reizen und müssen leicht löslich sein. Verf. hat Guajacol, Campher, Menthol, Jodoform, Jodin und einige der bekanntesten Oele täglich oder jeden zweiten Tag mit Erfolg injicirt. Diese Lösungen sollen stets warm gebraucht werden.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

97) **Enrico Martini. Function der Schilddrüsennerven und Wirkung ihrer Resection auf die Drüse. (Azione dei nervi tiroidei ed effetto della loro resezione sulla ghiandola.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. April 1904.*

Verf. hat verschiedene Methoden angewandt: Bei einigen Thieren hat er die Schilddrüsennerven an beiden Seiten des Halses resecirt und bei der Operation ein kleines Stück von einem Drüsenlappen zur Controluntersuchung mitentfernt; bei andern Thieren hat er eine einseitige Resection gemacht und einen Drüsenlappen entfernt; bei anderen hat er die einseitige Resection gemacht und die Schilddrüse intact gelassen; bei noch andern schliesslich hat er das Ganglion cervicale superius des Sympathicus entfernt. Er machte die mikroskopische Untersuchung der excidirten Drüsenstückchen und der fortgenommenen Drüsenlappen, nachdem verschieden lange Zeit (1 Tag bis 6 Monate) seit der Nervenresection verflossen war und fand keinen Unterschied in der Structur der Follikel, noch irgend welche makroskopische oder mikroskopische Veränderung, die auf die Resection der Nerven hätte bezogen werden können. Als einzige Folge der Nervenresection wäre eine in den ersten Tagen zu beobachtende Gefässdilatation, transitorische Congestion zu verzeichnen. Die Resultate des Verf.'s bestätigen die Versuche von Biagi und widersprechen denen von Katzenstein und Lübke. Nach den Versuchsergebnissen des Verf.'s würden die Schilddrüsennerven keine Wirkung auf die Drüse haben; es würde damit eine wichtige Stütze für die Theorie vom sympathischen Ursprung der Basedow'schen Krankheit wegfallen.

FINDER.

98) **Charles H. Mayo. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. (The surgical treatment of goitre.)** *N. Y. Medical Record. 16. Januar 1904 und N. Y. Medical News. 20. Februar 1904.*

Die Erfahrung des Verf.'s erstreckt sich auf 108 Operationen wegen Thyreoidtumoren: davon waren 34 Fälle von Morbus Basedowii mit 6 Todesfällen, 2 maligne Tumoren mit 1 Todesfall. In zwei Fällen handelte es sich um besondere Tumoren des Lobus pyramidalis. In 71 Fällen handelte es sich um cystische, colloide, adenomatöse und gemischtartige Kröpfe, die operirt wurden; davon starb einer am 8. Tage in Folge einer Pneumonie. Der N. laryngeus recurrens wurde für die Dauer geschädigt einmal, seine Function vorübergehend herabgesetzt in mehreren Fällen. Gewöhnlich wurde der Kocher'sche Schnitt gemacht und die Drüse freigelegt. Die bedeckenden Muskeln wurden entweder zur Seite gezogen oder durchschnitten. War die Kapsel stellenweise oder ganz verdickt, so wurde gewöhnlich die Socin'sche Methode der Enucleation angewandt. War die allgemeine Form der Drüse erhalten, so wurde der grösste Lappen, gewöhnlich der rechte, exstirpirt, wobei häufig die hintere Kapsel zum Schutz für den Kehlkopfnerven stehen gelassen wurde. Im Allgemeinen wurde Aethernarkose angewandt. Bei Compression der Trachea oder starkem Morbus Basedow kam gelegentlich auch Cocain zur Verwendung. In der Regel folgten der Operation für einige Tage Erscheinungen von Thyreoidismus. LEFFERTS.

99) **B. Merrill Ricketts. Die Chirurgie der Schilddrüse. (The surgery of the thyreoid.)** *N. Y. Medical Journal. 20. Februar 1904.*

Verf. kommt zu folgenden Ergebnissen: Die Schilddrüse ist häufiger abnorm als normal in Bezug auf Grösse, Form und Zahl der Lappen und Nebenlappen, welch' letztere öfter auf der linken Seite vorkommen. Es kann nur ein Lappen vorhanden sein, der irgendwo vorn, hinten oder seitlich am Halse oder intrathoracisch, subclavicular oder postscapular gelegen ist. Die einzige wirklich wirksame Behandlung des Kropfes ist die chirurgische, wogegen Elektricität in jeder Form zu verwerfen ist, da sie die Bildung von Adhäsionen begünstigt, die nachher bei einem chirurgischen Eingriff sehr störend sein können. Auch Injectionen in die Schilddrüse sind zu verwerfen. Die Resection oder Durchtrennung des Isthmus der Schilddrüse ist veraltet. Die einzige mit Vortheil anzuwendende Methode besteht in der partiellen Thyreodectomie. Die Mortalität beträgt dabei weniger als 1 pCt. Nur in Fällen von maligner Erkrankung ist es angebracht, das ganze Schilddrüsengewebe zu entfernen. Regeneration von functionirendem Schilddrüsengewebe ist ebenso unmöglich, wie die Regeneration eines amputirten Fingers. Eine tödtliche Blutung darf bei der Thyreodectomie nicht vorkommen, da es möglich ist, alle Gefässe zu unterbinden oder abzuklemmen. LEFFERTS.

g. Oesophagus.

100) **Joseph Rilus Eastman. Behandlung von narbigen Oesophagusstricturen durch directe Dilatation. (Treatment by direct dilatation of cicatricial oesophageal stricture.)** *Annals of Surgery. Februar 1904.*

Im ulcerativen Stadium erleidet die Speiseröhrenwand gewisse ziemlich con-

stante Veränderungen, die das Einführen von vorsichtig gehandhabten Bougies weniger gefährlich gestalten, als man allgemein glaubt. Die Behandlung von narbigen Stricturen durch Dilatation setzt eine correcte Diagnose voraus. Eine wichtige Thatsache ist, dass die Gastrotomie bei Oesophagusstricturen nur eine Palliativoperation vorstellt und dass daneben auch die Strictur behandelt werden muss. Verf. hat es leichter gefunden, Oesophagusstricturen bei kleinen, als bei älteren und nervösen Kindern, sowie bei Erwachsenen zu dilatiren. Verf. gebraucht Bougies aus spiralig gewundenem Stahldraht mit Bleimandrin. Er lässt bei der Einführung die Patienten den Kopf nach vorn beugen. EMIL MAYER

101) **Martens** (Berlin). **Oesophagus- und multiple Bronchialfisteln nach Empyem.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 38. 1903.*

Vorstellung eines Falles in der Gesellschaft der Charité-Aerzte. Nach Operation eines Empyems durch verkäste Bronchialdrüsen entstanden.

ALBANUS (ZARNIKO).

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **A treatise on diseases of the Eye, Nose, Throat and Ear von verschiedenen Verfassern.** Herausgegeben von William Campbell Posey und Jonathan Wright. (Henry Hempton, London.)

Gemäss dem Programm des Centralblatts sollen hier nur die Theile des vorliegenden Werkes zur Besprechung kommen, die von den Krankheiten der Nase und des Halses handeln. Wie in allen Sammelwerken macht sich auch hier eine gewisse Neigung zum Uebergreifen bemerkbar; auch ist hier und da die Gruppirung etwas gezwungen; jedoch sind das Mängel, die jedem Werk anhaften, an dem verschiedene Verfasser betheiligt sind. Sehr ausgesprochen ist in vorliegendem Buch der Unterschied in der Qualität der einzelnen Beiträge.

Das erste, einleitende Capitel ist betitelt: „Histologische Pathologie der Hals- und Nasenkrankheiten" und hat B. G. Goodale zum Verfasser. Es ist ausgezeichnet, sowohl was den Text wie die — grösstentheils colorirten — Abbildungen betrifft. In guter, klarer Schreibart hat Verf. verstanden, das Wesentlichste dem Leser kurz vor Augen zu führen. Wenn ich an das vortreffliche Capitel überhaupt eine kritische Bemerkung knüpfen möchte, so würde ich dem Verf. den Rath geben, bei einer künftigen Ausgabe klarer auseinanderzusetzen, was seine eigenen Anschauungen sind und was bereits allgemein angenommen ist. Goodale muss bedenken, dass die Mehrzahl der Laryngologen und Rhinologen auf histologischem Gebiet keine Erfahrung besitzt und dass, was ihm geläufig ist, nicht auch nothwendig seinen Lesern geläufig sein muss. Die Befolgung meines Rathes könnte jedoch die Gefahr nach sich ziehen, dass dadurch das Capitel über Gebühr verlängert würde und ihm so einer seiner Hauptvorzüge verloren ginge, der klare gedrungene Stil. —

Capitel XVII handelt von „Untersuchungsmethoden, Instrumenten, Apparaten und ihrer Anwendung". Verf. ist J. E. Newcomb. Die Kritik dieses Capitels

soll sich darauf beschränken, festzustellen, dass es zwar viel Gutes und Practisches enthält, aber doch Lücken aufweist.

Capitel XVIII von Charles W. Richardson ist betitelt: „Entzündliche Krankheiten der oberen Luftwege; Heufieber; Rhinorrhoe; Asthma; Influenza". Das umfangreiche Capitel ist im Ganzen entschieden gelungen, nur ist der Verf. in Bezug auf manche Punkte zu sehr zu einem gewissen Dogmatismus geneigt.

Im Cap. XIX behandelt William Helly Simpson verschiedene Themata, wie: „Diphtherie der Nase und des Rachens; Intubation; Syphilis; Tuberculose, Lupus und Lepra in Nase und Hals: chronische Kehlkopfstenose; Fremdkörper der oberen Luftwege ; Rhinolithen."

Dieses Capitel des Buches ist sehr ungleichmässig: Sehen wir von dem Theil über Diphtherie und besonders von dem über Intubation ab, so finden wir in den anderen Abschnitten Vieles, was zu Ausstellungen Anlass giebt.

So scheint uns die Beschreibung, die Verf. auf S. 852 von der Nasen- und Rachentuberculose giebt, nicht correct zu sein; wenn er z. B. von dem der Tuberculose eigenthümlichen Typus der Schleimhautgeschwüre, die ziemlich oberflächlich und entzündlich aussehend sind, spricht, so ist das unseres Erachtens eine Beschreibung, die von all dem, was man gewöhnlich bei Pharynxtuberculose sieht, abweicht. In Bezug auf den Lupus sagt er: „Zwei Punkte sind bei dem Lupus der oberen Luftwege stets im Auge zu behalten; erstens ist er in praxi stets secundär nach lupösen Erscheinungen an der Haut oder mit solchen vergesellschaftet". Das ist absolut falsch, was, wie ich glaube, fast jeder Laryngologe weiss. Die meisten von uns kennen die eigenthümlichen, durch den Lupus bedingten knötchenförmigen Gebilde an der Nasenscheidewand, der unteren Muschel, dem Gaumen und Kehlkopf, und haben dieselben mehr oder weniger häufig auch ohne Befallensein der Haut gesehen. Eine Abhandlung über Lupus in Nase und Hals, die folgenden Satz enthält: „Lupus der Nase ist von der Erkrankung der angrenzenden Haut so schwer zu trennen, dass der Leser bezüglich der Beschreibung auf die dermatologischen Lehrbücher verwiesen sei," — kann nur von zweifelhaftem Werthe sein. Hat Verf. niemals Lupus des Septum oder der unteren Muschel ohne Betheiligung der Haut gesehen?

W. E. Casselberry hat es unternommen, im XX. Capitel über „die Neubildungen in Nase und Kehlkopf, ihre lokale medicinische und chirurgische Behandlung" zu schreiben. Wir möchten dem Autor rathen, bei einer künftigen Ausgabe das Capitel zu verlängern und mehr in Details zu gehen. Zwar wird die Bedeutung der frühzeitigen Diagnose eines malignen Kehlkopftumors für viele Fälle zugegeben, doch sind Symptome und Diagnose auf wenig mehr als einer Seite abgehandelt. Ob die auf diesem Raum enthaltenen Belehrungen Jemanden in Stand setzen könnten, in einem im Beginn befindlichen Fall von Stimmbandepitheliom eine richtige Diagnose zu stellen, möchten wir bezweifeln.

„Die Krankheiten der Nebenhöhlen" werden von St. Clair Thomson im Capitel XXI behandelt. Das Capitel ist gleich dem von Goodale ausgezeichnet und giebt sowohl was Inhalt wie Darstellungsart betrifft, wenig Anlass für Ausstellungen, obwohl sich natürlich hier und da Punkte finden, mit denen nicht jeder Leser übereinstimmen wird.

Capitel XXII kommt aus der Feder von H. J. Birkett und enthält eine ausgezeichnete Zusammenfassung über „die Erkrankungen der Speiseröhre und des Nasenrachens". Wir bemerken, dass der Verf. Hypertrophie der Tonsillen als einen Ausdruck „strumöser Diathese" betrachtet, ein Ausdruck, den wir für obsolet halten. Jedoch gehört diese Abhandlung zu den besten Capiteln des Buches und enthält die Ergebnisse sorgfältigen Studiums und reicher Erfahrung.

Der Titel des XXIII., von Emil Mayer verfassten, Capitels ist: „Neurosen der Nase und des Halses". Dasselbe leidet unter der ungleichmässigen Vertheilung des behandelten Stoffes. Der Verfasser giebt im Eingange verhältnissmässig ausführliche Auseinandersetzungen über die Beziehungen zwischen der der Nase und den Geschlechtstheilen, während er den Lähmungen des Kehlkopfes nur zwei Seiten widmet. Es liegt auf der Hand, dass ein Abschnitt von solcher Wichtigkeit wie der letztgenannte nicht befriedigend innerhalb eines so beschränkten Rahmens abgehandelt werden kann. Sollte eine zweite Auflage des Werkes erforderlich werden, so möchten wir dem Verfasser empfehlen, die relative Wichtigkeit der einzelnen in diesem Capitel behandelten Punkte einer erneuten Ueberlegung zu unterziehen, und sie demgemäss in seinem Beitrage zu schildern.

„Aeussere Deformitäten der Nase; Gaumenspalte" von F. E. Hopkins ist Capitel XXIV betitelt. Es ist sehr lehrreich und interessant und behandelt besonders die Operationsmethoden, die in Amerika mehr geübt werden als in Europa. Die meisten Rhinologen werden hier vieles für sie Interessante finden. Merkwürdiger Weise finden wir jedoch keinen Hinweis auf die Paraffininjectionen.

Im Ganzen betrachtet ist das Werk gut ausgestattet und sehr reichlich mit Illustrationen versehen, von denen viele Originalabbildungen und einige colorirt sind. —

Zweifellos werden die Mängel, auf die wir hingewiesen haben, in künftigen Ausgaben verbessert werden. So wie es jetzt ist, hat es mehr Werth für den erfahrenen Laryngologen und Rhinologen, der an den guten und ausführlichen Capiteln sein Interesse haben wird, als für den Anfänger, der kein eigenes Urtheil besitzt. P. Mc. Bride.

b) Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen 1894—1903. Würzburg 1904. A. Stuber's Verlag.

In einem stattlichen, über 700 Seiten langen Bande liegen die Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen in den ersten 10 Jahren seines Bestehens vor nns. Mit Recht darf der Herausgeber der Verhandlungen, Dr. G. Avellis, der Schriftführer des Vereins, in seiner Vorrede sagen, dass dieses Buch ein Stück Geschichte der Laryngologie darstelle, und auf manche unserer neueren werthvollsten Errungenschaften, wie die Autoskopie Kirstein's, die Bronchoskopie Killian's, die Discussionen über die Pathologie der Nebenhöhlen der Nase hinweisen, die im Schosse dieses Vereins zuerst oder in ganz hervorragender Weise zur Verhandlung gekommen sind. — Wenn auch das Centralblatt fortlaufende, der Natur der Sache nach, leider nur kurze Berichte über die Thätigkeit des rührigen Vereins gebracht hat, so wird doch wahrscheinlich mancher

unserer Leser gewünscht haben, Vorträge und Discussionen im Original zu besitzen. Hierzu ist ihm nunmehr Gelegenheit geboten. Felix Semon.

c) **A. Francis, Asthma in relation to the nose.** London. Adlard and son. 1903.

Der Verf. berichtet, dass er bei einem Asthmatiker, in der Absicht einen Scheineingriff vorzunehmen, eine galvanokaustische Aetzung des anscheinend normalen Nasenseptums vornahm. Zu seiner eigenen Verwunderung setzten nach diesem Eingriff die vorher sehr heftigen Asthmaanfälle vollständig aus. Dieses Zufallsergebnis veranlasste ihn zu einer eingehenden Prüfung des geübten Verfahrens. Hierbei stellte sich heraus, dass die galvanokaustische Aetzung eines bestimmten Septumbezirks, und zwar des vollkommen normalen Septums — Fr. zieht nach vorheriger Cocainisirung mit dem Glühdraht einen ca. $^1/_2$ Zoll langen Strich von der der mittleren Muschel gegenüberliegenden Parthie des Septums nach unten und vorn, und wiederholt, wenn nöthig, diesen Eingriff mehrere Male — in einer grossen Anzahl von Asthmafällen Heilung oder Besserung brachte. Polypen und sonstige pathologische Zustände sind dabei ganz indifferent; wo Fr. solche findet, lässt er sie unberührt, nur der Aetzung des Septums vertrauend. Dabei hebt der Verf. noch ganz besonders hervor, dass diese Septumbehandlung nicht nur bei der nasalen Form des Asthmas, sondern bei allen möglichen Formen, mögen sie vom Magen, vom Herzen, von den Bronchien, von den Nieren, vom Vagusstamm, von der Heufiebernoxe oder vom Centralorgan ihren Ausgang nehmen, mit derselben Präcision wirkt. Diesen wunderbaren Erfolg sucht der Verf. in folgender Weise verständlich zu machen: nach den experimentellen Untersuchungen von Brodie und Dixon soll die betreffende Parthie des Septums in ganz besonders enger Beziehung zum Athmungscentrum stehen; deshalb hält er es für möglich, dass die galvanokaustische Aetzung dieses Bezirkes das erkrankte, in seiner Stabilität geschädigte Athmungscentrum wieder gesunden und seine Thätigkeit wieder in normaler Weise aufnehmen lässt.

Der Verf. giebt an, dass es ihm in Gemeinschaft mit seinem Collegen Robertson gelungen sei, in mehr als 500 Fällen vortreffliche Resultate zu erzielen.

A. Kuttner.

---

d) Wiener laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. November 1903.

Kahler stellt einen Fall von Schleimhautpemphigus vor, wobei hauptsächlich die Zunge erkrankt ist. Blasenbildung wurde nicht beobachtet.

Hajek stellt eine Patientin vor, die an Eiterung der linksseitigen Nebenhöhlen der Nase leidet, weswegen schon mehrere Radicaloperationen und intranasale Eingriffe vorgenommen wurden. Es bestand eine umschriebene Erkrankung der Stirnhöhle (Nebenbucht); die Heilung der Stirnhöhle nach der osteoplastischen Operation war nur scheinbar, dagegen heilte die Keilbeinhöhlenaffection nach Eröffnung rasch, was beweist, dass die Hauptbedingung zur Heilung der Empyeme in einer Dauereröffnung an der tiefsten Stelle der Nebenhöhlen gegeben ist.

Discussion:

Roth frägt, ob die angeführte Nebenbucht mit dem Ductus in Verbindung stand, und warum dann die Schleimhaut der Haupthöhle nicht auch erkrankte, da ja der Eiter hier passirte, worauf Hajek antwortet, dass der Contact der Schleimhaut mit Eiter noch nicht genügt, um Entzündung hervorzurufen. — Chiari regt zu weiteren Versuchen der Plombirung der Kieferhöhlen nach v. Mosetig an, mit welcher Methode bisher gute Resultate erzielt wurden.

Koschier demonstrirt eine von Depangher construirte conchotomartige Zange für adenoide Vegetationen.

Glas demonstrirt:

a) Zwei histologische Präparate von sog. „blutenden Septumpolypen“. Er hält die Bezeichnung „gutartige Septumtumoren“ für richtiger.

b) Eine durch Probepunction einer Kieferhöhle gewonnene serös-blutige Flüssigkeit mit Cholestearinkrystallen.

c) Das histologische Präparat eines Plattenepithelcarcinoms des Nasenrachens, das in das lymphoide Gewebe der Rachentonsille wuchert. Es bestanden basale Symptome und Empyem der rechtsseitigen Nebenhöhlen.

Discussion:

Hajek meint ad b), ob nicht eine Kiefercyste vorlag? Réthi hält die blutenden Septumpolypen für Granulationspolypen und möchte dieselben histologisch nicht specificiren. Roth verweist auf das häufige Vorkommen von Empyemen bei malignen Tumoren.

Sitzung vom 2. December 1903.

Chiari spricht über die Technik der Jodoformplombirung der Kieferhöhle nach v. Mosetig und führt einen Patienten vor, bei welchem vor einem halben Jahre wegen chronischer Eiterung das Antrum nach Excochleation mit der Plombe ausgefüllt wurde. Der Erfolg ist bisher zufriedenstellend.

Discussion:

Hanszel macht auf den Helligkeitsunterschied aufmerksam, welcher sich bei der Durchleuchtung nach Vohsen gleich nach der Plombirung gegenüber jetzt, also nach mehreren Monaten, zeigt, was auf eine Veränderung der Plombe schliessen lässt. Weiter hebt Hanszel als einen Nachtheil der Jodoformplombirung den unangenehmen Geruch hervor, unter welchem manche Patienten monatelang leiden. Man sollte Versuche mit den Jodoformersatzmitteln wie Xeroform etc. machen.

Menzel stellt einen Fall vor, in welchem eine durch hereditäre Lues entstandene narbige Choanalmembran elektrolytisch beseitigt wurde.

Weil demonstrirt Röntgenaufnahmen eines Patienten mit in die rechte Stirn- und Kieferhöhle eingeführten Metallröhrchen und regt zu Versuchen an, durch Eingiessen von im Röntgenlichte schattengebenden Substanzen in die Nebenhöhlen Aufschlüsse über deren Inneres zu erhalten.

Discussion:

Hajek hegt Zweifel, dass das eine Röhrchen thatsächlich in der Stirnhöhle sich befindet, die Sondenspitze könne auch in der vordersten Partie des Infundibulums sein.

Weil zeigt zwei kleine Messerchen zur subperichondralen Resection des Septumknorpels.

An der Discussion betheiligten sich Menzel, Hajek, Chiari.

Hajek stellt zwei Patienten vor, bei denen er osteoplastische Resection der Stirnhöhle vornahm. Hajek legt Werth auf eine langdauernde ausgiebige Drainage.

Sitzung vom 13. Januar 1904.

Harmer hat eine eigene Canüle construiren lassen, welche die durch das Tragen der Schornsteinkanülen bedingte Spornbildung hintanzuhalten scheint. Die Canüle besteht nur aus einem Theil, welcher in den Larynx hinauf eingeführt wird und der gegen die Trachea zu siebförmig durchlöchert ist. Der Trachealtheil der Schornsteincanüle bleibt weg.

Chiari demonstrirt einen Kranken seiner Klinik, bei welchem er die Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen Carcinom vorgenommen hat. Fieberfreier Krankheitsverlauf.

Marschik stellt einen Fall von chronischer Eiterung der Kieferhöhle mit spontaner Perforation in die Nasenhöhle vor (laterale Nasenwand, unterer Nasengang). —

An der Discussion betheiligten sich: Weil, Hajek, Heindl und Fein.

Glas: Beiträge zur Entwicklung und Morphologie der inneren Nase (erscheint ausführlich in den „anatomischen Heften"). — Die Untersuchungen bezogen sich auf die Entwicklung des Geruchsorganes bei der Ratte, sind aber auch von Interesse für die Entwicklungsgeschichte der menschlichen Nase.

Sitzung vom 3. Februar 1904.

Hertzka stellt einen Patienten mit multipler Sklerose vor, bei dem das Intentionszittern bei Bewegung der Stimmbänder deutlich zu sehen ist.

Discussion: Réthi betrachtet die Funktion der einzelnen Kehlkopfmuskeln und constatirt, dass es sich hier um eine einheitliche Funktionsstörung aller Kehlkopfmuskeln handelt.

Harmer meint, dass auch Atrophie der Stimmbänder bestehe.

Hanszel spricht über einen gestielten adenomatösen Tumor des harten Gaumens mit beginnender carcinomatöser Wucherung an der Oberfläche.

Hanszel demonstrirt die Photographie einer insofern missgebildeten Nase, indem die Cartilagines alares fehlen und an Stelle der Cartilago nasi lateralis eine atypische Knorpelspange die Nasenflügelfurche ausgleicht. Wegen

behinderter Nasenathmung und aus kosmetischen Gründen will H. die Knorpelspange entfernen und die Nasenflügel mit Vaselindepots aufrichten.

Chiari demonstrirt den in der December-Sitzung vorgestellten Fall von Totalexstirpation des Larynx; der Patient isst und trinkt anstandslos, kann auch mit Flüsterstimme sprechen.

Glas stellt eine Patientin mit Antritis maxillaris exulcerans et perforans vor. Die Perforation fand im Bereiche des unteren Nasenganges statt.

Weil demonstrirt zwei histologische Präparate: 1. von einem Angiofibrom des Nasenflügels, 2. Theile einer Paraffinprothese von einer Sattelnase, wobei dünne Bindegewebsbrücken und zahlreiche rundliche Lücken zu sehen sind.

Chiari zeigt histologische Präparate einer bohnengrossen Warze von der inneren Fläche eines Nasenflügels. Chiari—Hanszel.

---

e) Verhandlungen des Dänischen oto-laryngologischen Vereins.

26. Sitzung vom 28. October 1903.

Gemeinschaftlich mit der Ophthalmologischen Gesellschaft in Kopenhagen.

Vorsitzender: E. Schmiegelow, Edm. Jensen.

Schriftführer: Jörgen Möller, Erik Brun.

E. Schmiegelow: Ueber das Verhältniss zwischen den Krankheiten der Nase und denen des Auges.

Während der letzten zwei Jahre hat S. im St. Josephs-Spital 63 Patienten mit Nebenhöhlenerkrankungen behandelt, bei 17 war gleichzeitig ein Augenleiden vorhanden, nämlich bei 6 Thränenfluss, 1 Blepharo-Conjunctivitis, 2 ciliäre Neuralgien, 1 Strabismus convergens, 5 Dislocationen des Augapfels, 2 Amaurosen. Opkthalmoskopie ergab in den Fällen, wo sie ausgeführt wurde, keine krankhaften Veränderungen.

S. bespricht dann die äusseren Krankheiten des Auges in ihrem Verhältniss zu den Nasenkrankheiten, ferner die phlegmonösen Entzündungen im periorbitalen Gewebe im Anschluss an eine acute oder chronische Nebenhöhleneiterung; bisweilen bildet die orbitale Entzündung das einzige Symptom des Nebenhöhlenleidens. Demnächst bespricht S. das von den Siebbeinzellen ausgehende Emphysem, dann die rhinogenen Paresen des äusseren Muskelapparates, die Mydriasis und die Accommodationsparese, welche oft im Anschluss an Nasenleiden auftreten und nach deren Beseitigung verschwinden. Dann geht er zur Frage von der rhinogenen Entstehung der Irido-Chorioiditis über, welche Entstehungsweise nicht zu leugnen sei. Schliesslich erwähnt er die Beobachtungen von Fällen, wo papilläre Veränderungen, Gesichtsfeldeinengungen, Amblyopie und Amaurose mit einem Leiden der Keilbeinhöhle in Verbindung zu stehen scheinen.

In vielen Fällen ist die Diagnose des Nasenhöhlenleidens eine ausserordentlich schwierige, und jedenfalls darf es der Augenarzt niemals versäumen, in zweifelhaften Fällen eine rhinologische Untersuchung ausführen zu lassen.

Edm. Jensen: Ein Nebenhöhlenleiden ist sicher vorhanden in den meisten Fällen von acuten inflammatorischen Processen der Wandungen und der Weich-

theile der Orbita. J. referirt einige Fälle von Stirnhöhlenempyem mit leichten orbitalen Symptomen; sobald aber die Siebbeinzellen mit einbezogen werden, wird das orbitale Gewebe mit grosser Heftigkeit reagiren; oft findet man sogar die klassischen Symptome einer orbitalen Phlegmone, ohne dass in der Orbita selbst irgend eine Eiterung besteht; nur fehlt die venöse Stauung im Augengrunde, weshalb die ophthalmoskopische Untersuchung in diesen Fällen eine grosse Bedeutung hat. Auch die chronischen orbitalen Entzündungen, insofern sie nicht von syphilitischer oder tuberculöser Natur sind, stehen am häufigsten zu einem Nebenhöhlenleiden in Beziehung. Bisweilen findet man zwischen dem Bulbus und der inneren Orbitalwand eine sich weit nach hinten ziehende Cyste, welche unzweifelhaft aus einer Mucocele der Siebbeinzellen entsteht.

Andere Augenleiden können mit einiger Wahrscheinlichkeit mit Nebenhöhlenleiden in Verbindung gesetzt werden, die Supraorbitalneuralgie, verschiedene neuritische Processe, vielleicht auch doppelseitige Stauungspapille. Recidivirende Augenmuskellähmungen könnten vielleicht aus einer Entzündung in der Gegend der Fissura orbitalis sup. entstehen.

Mehr zweifelhaft ist, ob Chorioiditis, Iritis u. s. w. zu einem Nebenhöhlenleiden in Beziehung stehen können, doch lässt es sich nicht gänzlich leugnen. Eine grössere Skepsis wäre dagegen Fällen von Amblyopie und Gesichtsfeldeinengung gegenüber angemessen.

Was die Behandlung betrifft, muss man natürlich nach einer radicalen Behandlung des Grundleidens streben. Leichtere Fälle heilen jedoch gewöhnlich durch einfache conservative Behandlung; vielleicht neigen aber die Ophthalmologen dazu, die Grenzen dieser Fälle etwas weiter zu ziehen, als die Rhinologen. Valude meint, dass diejenigen Leiden der Stirnhöhle, welche sich nach der Orbita zu verbreiten, durchgehends eine bessere Prognose haben und durch kleinere Eingriffe heilen, was ja insoweit wünschenswerth wäre, weil ja doch die Radicaloperation oftmals schwere Entstellungen herbeiführt, gelegentlich auch Läsion der Trochlea mit Diplopie.

Was übrigens die Operationsmethode betrifft, müssen wegen Schonung des Orbitalinhalts die Siebbeinzellen am besten auf endonasalem Wege ausgeräumt werden.

Es wäre wünschenswerth, wenn die betreffenden Leiden immer vom Rhinologen und Ophthalmologen gemeinsam behandelt würden.

Meisling: Es wäre von Interesse, ob man durch die Nebenhöhlenleiden eine Aufklärung der Pathogenese gewisser tieferer Augenleiden bekommen könnte. M. meinte, es wäre wohl denkbar, dass z. B. eine Iridocyclitis durch eine Infection den Nn. ciliares entlang von der Keilbeinhöhle aus entstehen könne. Vorübergehende Hemianopsie sowie recidivirende Augenmuskellähmungen könnten wohl durch ein Keilbeinhöhlenleiden ihre Erklärung finden. Schliesslich bittet M. Prof. Schmiegelow, sich über die Behandlung des Nasenleidens bei skrophulösen Augenerkrankungen äussern zu wollen.

Edm. Jensen betont, dass wir bisher nichts Sicheres über den Zusammenhang zwischen Chorioiditis und Nebenhöhlenleiden wissen.

Schmiegelow: Die acuten Nebenhöhlenleiden schwinden meistens bei einer weniger eingehenden Behandlung, während die chronischen Eiterungen Radicaloperation erfordern; das kosmetische Resultat ist bei der Killian'schen Operation ein sehr gutes. — Hirschmann hat thatsächlich einen Fall von Chiasmaleiden bei Keilbeinhöhleneiterung veröffentlicht. — Bei skrophulösen Erkrankungen genügt eine Behandlung des Eczems und der Fissuren nicht, das eitrige Schleimhautleiden muss in zweckmässiger Weise behandelt werden.

Lundsgaard hat 2 Fälle von Tenonitis bei Nebenhöhlenleiden beobachtet. Ferner bespricht er 2 Fälle, welche wahrscheinlich durch eine Nebenhöhleneiterung verursacht waren; in dem einen Falle trat recidivirender Exophthalmus und Irido-Cyclitis auf; ein Nebenhöhlenleiden liess sich jedoch nicht bestimmt nachweisen.

Vald. Klein hatte den letztgenannten Patienten untersucht; obgleich keine nachweisbaren Zeichen eines Nebenhöhlenleidens vorhanden waren, wäre es doch möglich, dass ein Leiden in der Keilbeinhöhle oder in den hinteren Siebbeinzellen bestände.

Gramstrup meinte, es wäre denkbar, dass auch umgekehrter Weise ein Orbitaleiden zu einem secundären Nebenhöhlenleiden Anlass geben könne.

Edm. Jensen kennt keinen solchen Fall, ausser traumatischen Läsionen. — Die wiederholten Recidive im Falle Lundsgaard's liessen sich auch in anderer Weise erklären.

Lundsgaard legt in diagnostischer Hinsicht das Hauptgewicht auf den beträchtlichen Exophthalmus, welcher bestimmt auf ein Nebenhöhlenleiden deutete.

Schmiegelow: Es giebt Beobachtungen von nasalen Reflexneurosen, welche vom Auge aus ausgelöst werden. — Die Diagnose der Nebenhöhlenleiden ist bisweilen durch Probepunction unmöglich; er meint, es wäre im Fall Lundsgaard's berechtigt gewesen, die Nebenhöhlen der Reihe nach zu eröffnen.

Heerfordt meint, die anatomischen Verhältnisse machen eine rhinogene Entstehung von bulbären Leiden unwahrscheinlich; eine Entzündung durchbricht z. B. nur schwerlich die Tunica fibrosa bulbi. Es giebt keine besonderen Verbindungsbahnen zwischen dem Bulbus und den Nebenhöhlen; über die Lymphbahnen ist nicht viel bekannt. — Nicht alle orbitalen Entzündungen — ausser den vom Bulbus ausgehenden — stammen von den Nebenhöhlen; es kann hier ebensowohl wie anderswo eine Ostitis oder Periostitis entstehen; er erwähnt einen solchen Fall, wo Eiter tief in der Orbita gefunden wurde.

Edm. Jensen: In dem erwähnten Falle wurde die Kieferhöhle nicht geöffnet, demnach weiss man nicht, ob nicht doch eine Entzündung hier bestand.

Lundsgaard meint, ein extrabulbäres Leiden könne sehr wohl eine Iriditis oder Chorioiditis geben, indem Toxine die unverletzte Bulbärwand durchsetzen können.

Meisling meint auch, Dr. Heerfordt nehme auf die Verpflanzung durch das Bindegewebe zu wenig Rücksicht.

Heerfordt: Eine Bindegewebsentzündung müsste allzu viele feste Gewebe durchsetzen.

Schmiegelow: Von einem Keilbeinhöhlenleiden aus kann die Infection entlang dem N. oculomotorius, abducens, trochlearis, den Venen u. s. w. die Orbita erreichen. — Ueber die Lymphgefässe findet man in der Anatomie von Zuckerkandl Aufklärung; es besteht ein sehr intimes Verhältniss zwischen den Lymphbahnen der Nase und denen der Orbita.

Grönbech bespricht einen Fall, wo die Behandlung eines Nasenleidens scheinbar eine bedeutende Besserung der Sehschärfe herbeiführte. Es ergab sich jedoch später, dass der Patient simulirte.

27. Sitzung vom 25. November 1903.
Vorsitzender: E. Schmiegelow.
Schriftführer: Jörgen Möller.

I. Schmiegelow zeigte einen Patienten vor, welcher „sich die Nase beissen konnte“ (dänisches Sprichwort, um etwas Unerreichbares zu bezeichnen). Seine nicht besonders grosse Nase war ziemlich weich und beweglich, sodass der ganz abnorm bewegliche Unterkiefer die mit dem Finger herabgedrückte Nasenspitze gegen die Oberzähne festzuhalten vermochte.

II. Gottlieb Kiär: Drei Fälle von Cocainvergiftung.

1. 5 Minuten nach dem Einlegen eines mit 10proc. Cocainlösung befeuchteten Tampons in die Nase wurde die Sprache allmählich langsamer, Patientin verlor das Gedächtniss und starrte verständnisslos vor sich hin; dann collabirte sie; die Gesichtsfarbe war cyanotisch, Puls und Respiration beschleunigt, Pupillen ein wenig erweitert; nachher wurde sie unruhig, unklar, hallucinirte; nach 10 Minuten kehrte das normale Bewusstsein wieder und sie wusste gar nichts von dem Vorgefallenen. 2. Eine andere Patientin bekam Erbrechen und Kältegefühl, erholte sich jedoch nach 10 Minuten. 3. Eine dritte Patientin bekam wiederholtes Erbrechen von 6 Stunden Dauer, ferner Kopfschwere und Kältegefühl.

Leichte Fälle von Cocainvergiftung sind gar nicht so selten, aber auch schwerere Fälle kommen vor, K. kennt aus der Litteratur 4 mit letalem Ausgang. Die Toleranz dem Cocain gegenüber ist ausserordentlich verschieden, bisweilen rufen ein Paar Pinselungen mit einer 4proc. Lösung die schwersten Erscheinungen hervor. Das Cocain kann aber nur theilweise durch andere Präparate, β-Eucain, Holocain u. s. w. ersetzt werden. Die Behandlung der Vergiftung ist horizontale Lagerung, frische Luft und Stimulantien.

Vald. Klein, Jörgen Möller, Grönbech und Schmiegelow machen kürzere Bemerkungen.

III. Gottlieb Kiär: Ein Fall von gummöser Infiltration des Gaumens.

Eine 40jährige Frau klagte über ein wenig Schleim im Halse, keine Schluckbeschwerden; man war deshalb erstaunt, bei der Inspection Folgendes zu finden: Das ganze Gaumensegel war stark geschwollen, fest infiltrirt, die orale Fläche bildete eine einzige Geschwürsfläche mit scharfen, unterminirten Rändern; das Zäpfchen war an seiner Basis fast durchgetrennt; das Geschwür erreichte auch

die Seitenwände und einen Theil der Hinterwand des Schlundes; ferner fand man am harten Gaumen in der geschwollenen, schwammigen Schleimhaut zerstreute Geschwüre. Sie war vor 15 Jahren wegen Syphilis behandelt worden.

IV. Vald. Klein: Drei Fälle von Paraesthesia laryngis.

1. Ein junger Mann hatte ein trockenes Gefühl in der Kehle und es war, als ob ihm „eine Brotkrume in der Kehle steckte". Während des Essens verschwanden die Empfindungen. Er war übrigens völlig gesund. In den oberen Luftwegen wurde nichts Besonderes gefunden ausser einigen kleinen Granulationen an der Schlundwand, welche jedoch nicht mit der Parästhesie in Verbindung zu stehen schienen. Lungenbefund normal. Etwa 2 Jahre später wurde er heiser und da er nach einigen weiteren Monaten untersucht wurde, hatte er eine beginnende Kehlkopfphthise und eine ausgesprochene Lungenphthise. Die Geschwüre heilten durch Behandlung mit sulphoricinsaurem Phenol-Natrium. 2. Eine 32jährige Lehrerin hatte seit $^1/_2$ Jahr „nervösen Husten" und ein zusammenschnürendes Gefühl in der Kehlkopfgegend. Die Erscheinungen fehlten während des Schlafs und während des Essens. Nichts Besonderes bei der Untersuchung ausser einigen Granulationen an der Schlundwand. Im Auswurf Tuberkelbacilllen. Sie ist jetzt nach einer Sanatoriumbehandlung geheilt; kein Kehlkopfleiden. 3. Eine 48jährige Wittwe hatte ab und zu ein stechendes Gefühl in der Kehlkopfgegend; während des Essens keine Beschwerden; sie befürchtete eine maligne Neubildung. Die Untersuchung zeigte nichts Abnormes. Durch roborirende Behandlung schwanden die lästigen Gefühle und gleichzeitig ergab sich, dass sich das Klimakterium eingefunden hatte. — K. meint, dass solche Parästhesien bisweilen einige Bedeutung haben können, indem sie theils als Vorläufer einer sich entwickelnden Tuberkulose, theils als Zeichen des beginnenden Klimakteriums auftreten können.

Grönbech hat mehrmals das Zusammentreffen einer Tuberkulose mit solchen Parästhesien beobachtet, ohne dass eine causale Verbindung zwischen beiden bestand; er hat bisweilen Fälle von Kehlkopftuberkulose gesehen, in denen die am Kehlkopf localisirten Empfindungen nach Behandlung eines bestehenden Rachenleidens verschwanden.

Klein betont, dass die Parästhesie durch die Behandlung einiger vorhandenen Granulationen nicht beeinflusst würde. Er meint, solche Parästhesien können durch eine von einem Lungenleiden ausgehenden Reflexwirkung entstehen.

Schmiegelow macht darauf aufmerksam, dass es ausserordentlich schwierig sein kann, die Ursache einer Parästhesie aufzufinden; oft sind es Hyperplasien, welche hinter den Gaumenbögen versteckt sitzen.

V. Schmiegelow: Fall von Sarkom der rechten unteren Muschel.

Kiär hat in der Sitzung vom 23. November 1901 diesen Fall besprochen. Im Januar 1902 wurde die Geschwulst radical entfernt, indem die vordere und die innere Wand der Kieferhöhle entfernt wurden.

VI. Schmiegelow: Doppelseitige Recurrensparalyse.

Eine 41 jährige Frau mit ausgesprochenen Erstickungsanfällen wurde im St. Josephs-Spital aufgenommen; sie war wegen zunehmender Schluckbeschwerden

äusserst entkräftet. Die Stimme war klangvoll, die Respiration aber in hohem Grade behindert; dementsprechend zeigte die Laryngoskopie eine doppelseitige Abductorenlähmung. Die Ursache war ein Cancer oesophagi. In Schleich'scher Anästhesie wurde Tracheotomie vorgenommen. Sie lebt noch nach $^1/_2$ Jahre und befindet sich leidlich wohl, trägt immer noch die Canüle.

28. Sitzung vom 16. December 1903.

Vorsitzender: E. Schmiegelow.

Schriftführer: Jörgen Möller.

I. Nörregaard: Ueber den Nasenrachen als Invasionsstelle für Krankheiten.

Die meisten Erkrankungen des Ohres, der Nase, ferner des Kehlkopfes und der Luftröhre haben ihren Ursprung im Nasenrachen; ebenso viele Kinderkrankheiten, ferner das rheumatische Fieber und die Endocarditis. Die Abhängigkeit verschiedener Nervenleiden, z. B. Kopfweh, Enuresis, Laryngospasmus, von den adenoiden Vegetationen ist wohl bekannt. Das Vorschreiten der Krankheit bei einer Nasenracheninfection ist dasselbe, wie bei einer von der Haut ausgehenden Infection: von einer wunden Stelle aus entsteht eine acute Entzündung, der Katarrh, dann kommen durch Verpflanzung durch die Lymphbahnen oftmals Abscesse, peritonsilläre oder retropharyngeale oder auch Mittelohreiterung, weiter folgt dann die allgemeine Infection, das rheumatische Fieber, die Pyämie u. s. w. Der chronische Katarrh verhält sich wie das Eczem, welches von einem kleinen Fleck aus sich immer weiter verbreitet, dann wieder eintrocknen kann bis auf die ursprüngliche Ausgangsstelle. Oft entsteht vielleicht der chronische Katarrh gleich in den ersten Tagen des Lebens; die „Febris catarrhalis", d. h. die Nasenrachen-Lymphangitis ist ja eine der häufigsten Krankheiten der Säuglinge; er kann dann später verschiedene universelle Intoxicationen hervorrufen, Urticaria, uratische Diathese u. s. w., am häufigsten aber die immer wieder recidivirende partielle Intoxication „die Erkältung". Das primäre Nasenrachenleiden muss deshalb gründlich behandelt, namentlich eventuell anwesende adenoide Vegetationen entfernt werden.

Schmiegelow erwähnt einige Fälle von Febris rheumatica nach acuter Rhinopharyngitis, ferner einen Fall von Septikämie mit letalem Ausgang. Auch Fälle von andauernder Temperaturerhöhung können in einem Nasenrachenleiden ihre Ursache haben und werden nach Adenotomie geheilt.

Buhl fragt, ob Schmiegelow während des acuten Processes die Vegetationen entfernt.

Schmiegelow operirt nicht während einer acuten Entzündung, wohl aber bei einer chronischen, selbst wenn Fieber vorhanden ist, sobald Intoxicationsgefahr vorliegt.

Buhl hat einmal nach Adenotomie eine Nephritis entstehen sehen; der Harn war vor der Operation normal.

Gramstrup hat einmal eine Nephritis nach einem Peritonsillarabscesse gesehen, ohne doch bestimmt sagen zu können, welches das primäre sei.

II. Vald. Klein: Ein Fall von Syphilis laryngis.

Ein 42jähriger Mann hatte seit einigen Wochen Schluckschmerzen und war seit einem halben Jahre heiser. Angeblich hatte er eine Lungenphthise, doch wurden niemals Tuberkelbacillen gefunden. Es bestand beträchtliche Infiltration der Epiglottis, namentlich des freien Randes derselben, der Einblick ins Innere war deshalb ziemlich beschränkt; die Regio interarytaenoidea war frei, übrigens war die ganze Schleimhaut stark geröthet; dieser Befund konnte auf eine syphilitische Affection deuten. Syphilis wurde geleugnet, trotzdem aber Jodkali verabreicht, wodurch das Leiden schnell gebessert wurde; jetzt giebt er auch zu, vor 18 Jahren Syphilis gehabt zu haben. Der Einblick in den Kehlkopf ist noch nicht genügend frei, als dass man die Möglichkeit einer gleichzeitig vorhandenen Tuberculose ausschliessen könnte.

III. Schmiegelow stellte einen 14jährigen Knaben vor, der seit 8 Jahren wegen multipler Kehlkopfpapillome in Behandlung war. Vor 4 Jahren wurde wegen Athembeschwerden Tracheotomie und nachher Laryngofissur gemacht. Die Papillome recidivirten aber immerfort; während des letzten halben Jahres sind sie spontan völlig verschwunden. S. räth dazu, bei Papillomen keine eingreifendere Operationen vorzunehmen; sie verschwinden oftmals von selbst.

IV. Für das kommende Jahr wurden die fungirenden Würdenträger wiederum erwählt, nämlich: als Präsident Schmiegelow, als Vicepräsident und Schatzmeister. Grönbech, als Secretär Jörgen Möller.

Ausserdem Mittheilungen otologischer Art. Jörgen Möller.

---

f) VII. Congress der Italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie.

Rom, 29. bis 31. October 1903.

Vorsitzender: Massei.

Ueber Erkrankungen des Mittelohrs infolge von adenoiden Vegetationen.

Referenten: Grazzi (Pisa), Poli (Genua), Ostino (Florenz), Arslan (Padua).

Grazzi: Bereits referirt im Centralblatt nach einem Abdruck des Vortrages in der Clinica Moderna. Cfr. diesen Band, S. 391.

Poli: Aetiologie und pathologische Anatomie.

1. Unter den auf eine Rachenmandelhyperplasie zu beziehenden Symptomen sind die von Seiten des Gehörorgans die hervorragendsten im Krankheitsbilde.

Aus den beigebrachten Statistiken geht hervor, dass zum mindesten bei der Hälfte der mit adenoiden Vegetationen behafteten Patienten Erscheinungen von Seiten des Ohres vorhanden sind.

2. Die Beziehungen zwischen adenoiden Vegetationen und Mittelohr sind durch die anatomischen und physiologischen Verhältnisse begründet.

Die anatomischen Verhältnisse bestehen in dem continuirlichen Zusammenhang von Pharynx- und Tuben-Paukenhöhlenschleimhaut, der Vertheilung des adenoiden Gewebes auf Rachendach und seitliche Pharynxwand, der Circulationsbeziehungen zwischen Pharynx und Paukenhöhle und der besonderen Bildung des Tubendivertikels, die je nach dem Alter variirt.

Die physiologischen Beziehungen bestehen in dem intimen musculären Zusammenhang zwischen der Function des Nasenrachens und des Gaumensegels mit der der Tube.

3. Die adenoiden Vegetationen können einen Einfluss auf den tubo-tympanischen Apparat sowohl in ihrem gewöhnlichen Status, wie während einer acuten Entzündung sowie in der Periode ihrer Involution ausüben.

Während ihres gewöhnlichen Status üben sie besonders bei seitlichem Sitz infolge von Störung der Tubenventilation und durch Diffusion einer katarrhalischen Entzündung einen schädigenden Einfluss aus.

Um die histopathologischen Verhältnisse der Tube bei Anwesenheit von adenoiden Vegetationen festzustellen, hat Verf. eine Reihe von Untersuchungen angestellt, aus denen hervorgeht, dass die sogenannte Tubentonsille, die nach einigen Autoren längs des ganzen knorpeligen Verlaufs, ja sogar auch noch im knöchernen Abschnitt der Tube vorkommen soll, dort nicht existirt und dass das lymphatische Gewebe normaliter nur am Tubenostium und dem angrenzenden medialsten Theil der Tube vorkommt. Bei stark entwickelten adenoiden Vegetationen hat P. eine subepitheliale lymphatische Schicht längs der ganzen knorpligen Portion der Tube nachweisen können; er glaubt aber, dass dass es sich hier um pathologische Verhältnisse handelt.

Bei acuter Entzündung der adenoiden Vegetationen nimmt der tubo-tympanische Apparat oft infolge einer Ausbreitung per continuitatem oder durch Eindringen von Keimen an dem entzündlichen Process Theil. Ersteres wird dadurch begünstigt, dass schon während des gewöhnlichen Status infolge der durch die Anwesenheit der adenoiden Vegetationen bedingten katarrhalischen Veränderungen an der Tube diese einen Locus minoris resistentiae darstellt.

Der Verlauf der auf das Mittelohr übergegangenen acuten Entzündung hängt, abgesehen von den Abflussverhältnissen in dem besonderen Fall von dem Persistiren oder Verschwinden der Vegetationen ab.

Während der Involutionsperiode der Rachenmandel zeigen eventuell im Mittelohr vorhandene krankhafte Veränderungen eine Tendenz zur Besserung, ohne dass jedoch spontan eine Restitutio ad integrum eintritt. Die katarrhalischen Formen neigen dazu, in hyperplastische oder trockene Zustände, besonders Sklerose, überzugehen, bei dem eitrigen Processe resultirt Narbenbildung oder sie dauern unbestimmt lange an.

4. Die Beziehungen zwischen den verschiedenen Krankheitszuständen des Mittelohrs bei adenoiden Vegetationen können in Bezug auf Sitz und Natur dieser Erkrankungen betrachtet werden.

Was den Sitz betrifft, so ist bei der Continuität der Schleimhaut eine genaue Trennung nicht möglich. Verf. erkennt die Eintheilung der Tube in einen zum Nasenrachen und einen zum Paukenhöhlen-Mastoidsystem gehörigen Abschnitt nicht an.

Der Natur nach unterscheidet man katarrhalische und eitrige Mittelohraffectionen. Nach der Statistik P.'s sind die Ohraffectionen vorwiegend bilateral und tendiren zum chronischen Verlauf. Während des gewöhnlichen Status und während der Involution der adenoiden Vegetationen sind die katarrhalischen, während der entzündlichen Periode die eitrigen Mittelohrentzündungen häufiger.

5. Die adenoiden Vegetationen und Mittelohr bei der Idiotie und Taubstummheit.

Doppelseitige katarrhalische oder eitrige Mittelohraffection kann bei Anwesenheit der adenoiden Vegetationen eine erhebliche Taubheit in den ersten Lebensmonaten zur Folge haben, die zu einer Taubstummheit führen kann, auch wenn noch ein gewisser Grad von Hörfähigkeit erhalten ist. Entfernung der Vegetationen bewirkt Heilung der Taubstummheit. Schwere oder absolute Taubheit kann bedingt sein durch Fixirung des Steigbügels oder Verschluss des runden Fensters.

Es wird dann auf den neuerdings von Brühl festgestellten hohen Procentsatz von adenoiden Vegetationen bei idiotischen Kindern hingewiesen.

Ostino: Die Affectionen des Mittelohrs in Folge von adenoiden Vegetationen im Heere.

Methodische Untersuchungen, die O. an Soldaten (Durchschnittsalter 22 Jahre) und Zöglingen der militärärztlichen Schule (Durchschnittsalter 26 Jahre) angestellt hat, ergeben, dass bei ersteren ein höherer Procentsatz von Trägern adenoider Vegetationen ist, als bei letzteren. Eine Rolle bei den Klagen der Soldaten mit adenoiden Vegetationen spielen Athembeschwerden, die wie O. in Gemeinschaft mit Gilardoni nachgewiesen hat, auf wirkliche organische Veränderungen am Herzen zurückzuführen sind.

Was die acuten Adenoiditiden betrifft, so hat Verf. Kammerendemieen derselben beobachtet; das lästigste Symptom derselben war Schlaflosigkeit.

Bei Soldaten, bei denen zufällig nachgewiesen wurde, dass sie adenoide Vegetationen hatten, fand O., dass die untere Gehörgrenze mehr oder minder erhöht war. Bei den mit adenoiden Vegetationen behafteten Soldaten fanden sich 56,5 pCt. katarrhalische und 27,2 pCt. eitrige Ohraffectionen.

O. bestätigt den von Gradenigo betonten ätiologischen Zusammenhang zwischen adenoiden Vegetationen und Sklerose des Mittelohres.

Besondere Sorgfalt auf die Untersuchung des Nasenrachens und der Ohren ist zu legen bei Rekruten, die sich für Artillerie oder Genietruppen stellen. Prädisponirend für Taubheit in Folge von Detonationswirkung ist Retraction des

Trommelfells. Es ist daher im Interesse des Individuums, wie des Staates, solche Personen einer anderen Truppengattung zu überweisen, die nachher Pensionsansprüche wegen einer Erkrankung stellen könnten, die, als im Dienst erworben, angesehen werden könnte.

Arslan empfiehlt als Narcoticum für die Entfernung der adenoiden Vegetationen das Bromaethyl, das er in ca. 3000 Fällen ohne Schaden gebraucht hat.

Zur Nachbehandlung empfiehlt er die Anwendung des Waldenburg'schen Apparats, um die Nase an die respiratorische Function zu gewöhnen.

Citelli berichtet zur Bekräftigung der Angaben Poli's, dass er 6 Tuben von Kindern im Alter von 8 Monaten bis 7 Jahren in Serienschnitten zerlegt hat und niemals die sogenannte Tubentonsille gefunden hat. Im klinischen Sinne ist unter diesem Namen die Anhäufung von Follikeln zu verstehen, die nach hinten und oben vom hintern Tubenwulst ihren Sitz hat und den sogenannten seitlichen adenoiden Vegetationen entspricht. Sie haben für die Hörfähigkeit grosse Bedeutung und können auch ohne Vergrösserung der Rachentonsille stark entwickelt sein. Zu ihrer Entfernung benutzt er ebenfalls das Gottstein'sche Messer.

Mongardi rühmt für die allgemeine Anästhesie den Liquor somniferus von Zambelletti.

Massei macht auf die bereits von Ostino in einer militärärztlichen Statistik betonte Seltenheit der adenoiden Vegetationen in Neapel aufmerksam. Er plädirt für Entfernung der adenoiden Vegetationen aus Gründen der Prophylaxe gegen gewisse Krankheiten, z. B. Meningitis tuberculosa. Für die Diagnose von Wucherungen bei Säuglingen bedient sich M. einer mit Watte umwickelten Sonde.

Gradenigo regt an, dass man sich der von Guye auf dem internationalen Congress für Hygiene und Demographie in Brüssel angeregten Absicht, eine internationale Enquète über die Häufigkeit der adenoiden Vegatationen bei Schulkindern anzustellen, anschliesse, diese jedoch auch auf andere Bevölkerungsklassen z. B. Sòldaten ausdehne. Um eine solche Statistik für Italien in die Wege zu leiten, wird eine Commission ernannt.

G. will die Bezeichnung „adenoide Vegetationen“ nur für die disseminirten Formen angewandt wissen, während, wenn es sich um eine Vergrösserung der Tonsille in toto handelt, die Bezeichnung adenoide Hypertrophie angebracht wäre. Er bevorzugt das Moure-Delstanche'sche Instrument.

Ferreri hat auf Grund klinischer Statistiken den Nachweis führen können, dass, je mehr Kinder mit adenoiden Vegetationen behandelt werden, desto seltener die chronischen Otitiden werden.

Biaggi hat bei den Insassen des Intituts für Rachitische in Mailand den enormen Procentsatz von 80—90 pCt. mit adenoiden Vegetationen gefunden.

Mancioli: Der Tabak. Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten bei den Arbeiterinnen der Königl. Manufactur in Rom.

Das Referat ist im Bollett. d. malattie della gole etc. erschienen und im Centralblatt, dieser Jahrgang S. 170 referirt.

Secundäre Kehlkopferkrankungen nach acuten Infectionskrankheiten.

Referenten: Martuscelli (Neapel), Egidi (Rom).

Martuscelli behandelt vornehmlich die pathologische Anatomie. Er bespricht die Laryngitis nach Masern, den Laryngotyphus, die Stimmbandlähmungen bei acuten Infectionskrankheiten etc.

Bezüglich der Aetiologie ist Verf. der Ansicht, dass die Ulcerationen aus Pusteln entstehen, dass die Perichondritiden auf secundäre Infection mit Eiterungen, die Blutungen auf Veränderungen der Gefässwandungen infolge des infectiösen Processes zurückzuführen sind. Die Lähmungen haben ihren Grund entweder in Schwellung der Tracheo-Bronchialdrüsen oder in Myopathie der Postici oder in Anchylose des Crico-arytaenoid-Gelenks oder schliesslich in einer Neuritis. Beim Typhus sollen alle Veränderungen durch den specifischen Bacillus bedingt sein. Beim Croup ist der peritracheo-laryngeale Abscess (Massei) und der Larynxabscess (Concetti), die Lähmungen, Ulcerationen, Intubationsperichondritiden zu erwähnen.

Egidi hat referirt über den klinischen Theil. Er unterscheidet die den verschiedenen Formen gemeinsamen allgemeinen Symptome und die für jede Infection besonderen Symptome. Er beschreibt die Complicationen beim Typhus und der Diphtherie. Bei den Masern ist die häufigste Complication die diphtherische. Beim Scharlach sind selten Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes vorhanden; treten jedoch Complicationen auf, so sind sie sehr schwer und verlaufen meist tödtlich. Referent behandelt sehr eingehend die differentiell-diagnostischen Merkmale der Kehlkopfaffectionen und bespricht dann die Behandlung, bei der Intubation und Tracheotomie die Hauptrolle spielen.

Discussion:

Citelli hat in einem Jahre zwei Fälle von Kehlkopfstenose nach Masern beobachtet und intubirt, einer ist geheilt, der andere starb an Bronchitis.

Grazzi beobachtete eine sehr schwere Kehlkopfstenose bei Pocken, als die Erscheinungen von Seiten der Haut bereits im Rückgang waren. Die Symptome gingen unter Inhalationen und heissen Umschlägen zurück.

Arslan macht darauf aufmerksam, dass man stets erst die medicamentöse Therapie versuchen soll, bevor man zur Operation schreitet. Bei einer Frau ging eine schwere Larynxstenose während einer Puerperalinfection nach innerem Gebrauch von Atropin, Cocaininhalationen, heissen Umschlägen etc. zurück. Ebenso führte die medicamentöse Behandlung in einem Fall von Stenose bei einem Kind mit Purpura haemorrhagica zum Ziel.

Gradenigo hat gefunden, dass Intubationsversuche bei acuter Larynxstenose den Zustand so verschlimmern können, dass die dringende Tracheotomie nöthig wird. Es fragt sich daher, ob es nicht rathsamer ist, von vornherein die Tracheotomie vorzunehmen, wo man sie mit Recht ausführen kann.

Massei unterscheidet beim Laryngo-Typhus eine leichte und schwere Form, bei der der Ausgang stets fatal ist. Er theilt Beobachtungen von gleichzeitigem Vorkommen von Masern und Diphtherie mit.

Gradenigo: Ueber die gegenwärtige Lage unserer Specialität.

Bemerkungen zu dem Erlass des österreichischen Cultusministers über den Unterricht in der Oto-Rhino-Laryngologie.

Mongardi: Drei neue Anaesthetica zur allgemeinen Narkose bei kurzdauernden Operationen.

Nach einem Aufsatz in den Annali di Laryngologia ref. Centralbl. Bd. XX. S. 229.

Bosio: Retronasaler Pseudotumor.

Bei einer 31 jährigen Frau fand sich eine langsam fortschreitende Schwellung von Seiten der Rachenmandel, die schliesslich die Hinterfläche des Gaumensegels berührte, mit diesem fest verwuchs und die Choanen verschloss. Es zeigten sich nervöse Störungen (epileptische Anfälle), Störungen seitens der Ohren (Otitis media purulenta). Locale Behandlung, speciell mit Galvanokaustik, brachte völlige Heilung.

Galleschi: Ueber einige Fälle von Oberkieferempyem nach der Caldwell-Luc'schen Methode unter Anwendung der Gavello'schen Zange behandelt.

Nach den Annali di Laryngologia ref. Centralbl. Bd. XX. S. 276.

Citelli demonstrirt eine von ihm beim Menschen gefundenen Cartilago supracricoidea, der morphologische Bedeutung hat.

Ferner demonstrirt er eine Canüle zur Reinigung und Behandlung des Nasenrachenraums.

Er beschreibt ferner ein ulcerirtes Carcinom der Gaumentonsille, das von ihm per vias naturales operirt wurde, ohne nach 10 Monaten zu recidiviren.

Gradenigo: Ueber eine nosologische Varietät des habituellen Nasenblutens.

Der vom Ref. beobachtete Fall einer 53 jährigen Frau zeigt, dass die Blutung von der Ulceration kleiner Angiome der Schleimhaut am Nasenseptum, entsprechend dem Locus Valsalvae (seu Kiesselbach) oder am vorderen Theil der unteren Muschel herrühren kann. Patientin litt seit 14 Jahren an Nasenbluten; in den letzten zwei Jahren sind auch chemische und caustische Aetzungen gemacht worden.

Bei der Patientin finden sich ebenso wie auf der Gesichtshaut am vorderen Theil des Septum und der unteren Muschel, sowie auf der Zungenspitze und am harten Gaumen kleine Angiome. Da alle Behandlungsmethoden nichts fruchteten, so entfernte G. das in Betracht kommende Stück des Septums. Später erwies sich auch die galvanocaustische Zerstörung der kleinen Angiome am vorderen Theil der unteren Muschel als nöthig.

Rugani: Beitrag zum histologischen Studium der Schleimhaut der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Aus den vergleichend-anatomischen Untersuchungen seien folgende Resultate hervorgehoben: 1. Das respiratorische Epithel ist höher als das Riechepithel;

beim ersteren sind die einzelnen Zellelemente kleiner als beim letzteren. Das Epithel am Septum ist niedriger als das Epithel an den entsprechenden Regionen der lateralen Nasenwand. 2. Bemerkenswerth ist die Höhenentwickelung des Epithels an einigen Stellen der Regio olfactoria des Septum bei der Wildkatze (Felis catus); es bestehen dort auch tiefe Einstülpungen der Schleimhaut, die bis aufs Periost gehen und dasselbe Epithel tragen, wie die nicht eingestülpten Stellen. Diese Schleimhautinvaginationen endigen blindsackförmig mit zwei oder drei Divertikeln. 3. Ausser im respiratorischen Epithel hat R. auch in der Regio olfactoria Becherzellen in grösserer Menge gefunden. 4. In der Regio respiratoria fanden sich unter der Basalmembran zwischen Epithel und Stratum submucosum zahlreiche dicht aneinandergereihte Züge von elastischen Fasern. Dasselbe hat er in der Regio olfactoria bei allen untersuchten Thieren gefunden.

Gavello: Die conservativen Behandlungsmethoden der Oberkieferempyeme.

Da die radicalen Methoden, von denen G. besonders die Caldwell-Luc'sche bevorzugt, nicht immer anwendbar sind, so muss man bisweilen zur conservativen Behandlung seine Zuflucht nehmen. Redner giebt eine kritische Revue über die verschiedenen Methoden derselben. Er verwirft auf Grund seiner Erfahrungen die Ausspülung von der natürlichen Oeffnung aus.

1. Eröffnung von der Alveole aus. Indicirt bei acuten Empyemen dentalen Ursprungs und wenn man bei bestehender Zahncaries den Zustand der Sinusschleimhaut kennen lernen will. Als Behandlungsmethode bei Empyem nasalen Ursprungs und intacten Zähnen nicht zu empfehlen, da die Patienten zwar von ihren Beschwerden zum Theil erleichtert werden, aber zu endlosen Ausspülungen verurtheilt sind.

2. Eröffnung vom mittleren Nasengang aus. In Folge der anatomischen Verhältnisse sehr leicht ausführbar. Der Hauptnachtheil besteht darin, dass die Oeffnung zu hoch über dem Höhlenboden liegt und in Folge dessen leicht Secretverhaltung eintritt.

3. Eröffnung des unteren Nasengangs. Redner hält die Mikulicz-Krause'sche Methode für schmerhaft, langwierig und unbefriedigend und giebt der Claoué'schen den Vorzug. In den Fällen, in denen man eine möglichst breite und tiefe Oeffnung anzulegen anstrebt, empfiehlt Redner eine Methode, die eine Verschmelzung der von Onodi für Eröffnung vom mittleren und von Claoué für Eröffnung vom unteren Nasengang angegebenen Methoden darstellt. Diese besteht in Abtragung des vorderen Endes der unteren Muschel, Perforation des unteren Nasengangs mit der von ihm eigens für diesen Zweck angegebenen Zange und Resection eines mehr oder minder grossen Stückes von der Wand des unteren und mittleren Nasengangs mit einem gekrümmten Messer und verschiedenen Conchotomen.

Gradenigo: Ueber die Natur einiger Fälle von multipeln Kehlkopfpapillomen bei Kindern.

Der von G. beobachtete Fall eines 5jährigen Knaben lässt die Vermuthung

zu, dass, wenigstens bei einer Anzahl von Fällen, die hereditäre Syphilis bei der Entstehung der Erkrankung eine Rolle spielt. Das Kind wurde verschiedene Male mit einem von Monselles angegebenen Instrument endolaryngeal operirt. Als wieder Zeichen von Larynxstenose auftraten, versuchte G., der inzwischen eruirt hatte, dass der Vater des sehr blass aussehenden und eine Sattelnase habenden Kindes früher Lues gehabt hatte, eine specifische Behandlung. Unter dieser verschwanden die Stenoseerscheinungen völlig.

Stuffler teilt die Ergebnisse seiner Untersuchungen über die zu beiden Seiten der Medianlinie am harten Gaumen gelegenen Grübchen mit.

(Nach einem Bericht im Arch. Ital. di Otologia etc. von Gradenigo.)

Finder.

III. Briefkasten.

Oscar Beschorner †.

Am 27. Juli 1904 erlag Dr. Oscar Beschorner, der führende Kehlkopfarzt Dresden's, langen und schweren, von ihm mit grösster Standhaftigkeit getragenen Leiden im 62. Jahre seines Lebens. An ihm verliert die Laryngologie einen allgemein geschätzten Senior. Am 20. März 1843 zu Dresden geboren, besuchte er die Universitäten Leipzig und Freiburg i/B., nahm als freiwilliger Arzt am Feldzug 1866 theil, war in den Jahren 1868/69 Assistent der Geh. Räthe Walther und Fiedler, liess sich 1869 als practischer Arzt in Dresden nieder und verheirathete sich im gleichen Jahre mit Frl. Johanna Küstner. Seiner überaus glücklichen Ehe entsprangen zwei Söhne — deren einem, Herrn Collegen H. Beschorner, wir diese Mittheilungen über den Lebensgang des Verewigten verdanken — und eine Tochter.

Kurz nach seiner Verheirathung fasste Beschorner den Entschluss, sich der Laryngologie zu widmen. Er ging zunächst nach Wien, dann nach Tübingen, und betrieb dort fleissig das Studium der damals verhältnissmässig neuen Wissenschaft. Mit seinen Lehrern, L. v. Schrötter und V. v. Bruns, blieb er auch späterhin in regstem Verkehr. Nach Dresden zurückgekehrt, führte er sich in der Dresdener ärztlichen Gesellschaft durch einen Vortrag über den Stand der Laryngoskopie ein, und veröffentlichte 1877 und 1893 eine Reihe von laryngologischen Arbeiten, die sich sämmtlich durch Gründlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Literaturkenntniss auszeichnen. Speciell seien genannt: „Die Laryngoskopie ein Vierteljahrhundert Eigenthum der pract. Medicin“ (Jahresbericht der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden 1883/84), „Ueber den Husten“ (Ibid. 1880/81), „Ueber Heufieber und dessen Behandlung“ (Ibid. 1885/86), „Ueber Bauchrednerkunst“ (Ibid. 1887/88), „Ueber essentielle fibrinöse Bronchitis“ (Samml. klin. Vorträge 1872), „Zur Diagnose des Larynxcarcinoms“ (Monatsschr. f. Ohrenheilkunde 1889) etc. — Unvergessen bleibt auch sein Beitrag zur Sammelforschung des Centralblatts 1888/89. Der ungemein interessante Fall von Irrthum in der Diagnose des Kehlkopfkrebses, den er damals mit rühmenswerthester Offenheit mittheilte (Internat. Centralblatt V, 430 et seq.), war von grösster Wichtigkeit für die Bildung einer Meinung über den Werth der mikroskopischen Untersuchung intralaryngeal entfernter Fragmente, und hat in erster Linie dazu beigetragen, uns in dieser schwierigen Frage ein definitives Urtheil gewinnen zu lassen. — In den letzten zehn Jahren beschränkte sich Beschorner's literarische Thätigkeit, soweit bekannt, hauptsächlich auf seine ständige Mitarbeiterschaft an der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“.

In seiner Praxis war der Heimgegangene sehr glücklich. Seinen Kranken gehörte seine ganze Kraft, und dies wurde von ihnen auf's dankbarste anerkannt. Zu Beschorner's besonderer Freude gehörte es, dass er das Vertrauen des

sächsischen Königshauses besass. Im Jahre 1882 verlieh ihm der König Albert, den er wiederholt erfolgreich behandelte, das Ritterkreuz erster Klasse des Albrechtordens, im Jahre 1884 den Hofrathtitel.

Charakteristisch für den Verstorbenen war, wie sein Sohn schreibt, die strenge und richtige Beurtheilung seiner Kräfte und das beharrliche Verfolgen einmal in Angriff genommener Ziele. Seine Familie, seine Freunde, seine Wissenschaft, seine Collegen haben an ihm einen guten Mann verloren. Sei ihm die Erde leicht! —

Gründung einer deutschen laryngologischen Gesellschaft.

Unter dem Vorsitz des Geheimraths Prof. Dr. Schmidt vollzog sich in Frankfurt in Gegenwart der Delegirten der Berliner, Kölner und Münchener laryngologischen Vereinigungen und des Vereins süddeutscher Laryngologen die Gründung einer die ganze Monarchie nebst Schweiz und Deutschösterreich umfassenden Deutschen laryngologischen Gesellschaft, deren erste Tagung in Heidelberg stattfinden wird. Durch diese Organisation soll der Fortbestand der bisherigen engeren Vereinigungen nicht berührt, sondern die Vertretung der Laryngologie in wissenschaftlicher und socialer Hinsicht, auch den Behörden gegenüber, gefördert werden.

Der vorläufige Vorstand besteht aus den Herren: Moritz Schmidt und Bernh. Fränkel als Vorsitzende, Georg Avellis und Paul Heymann als Schriftführer, Jurasz, Rosenberg, Hansberg, Mader, Kuttner, Winckler und Roepke als Beisitzer, Neumayr als Kassirer.

Deutsche Naturforscher-Versammlung. Breslau. September 1904.

Programm der 23. Abtheilung: Hals- und Nasenkrankheiten.

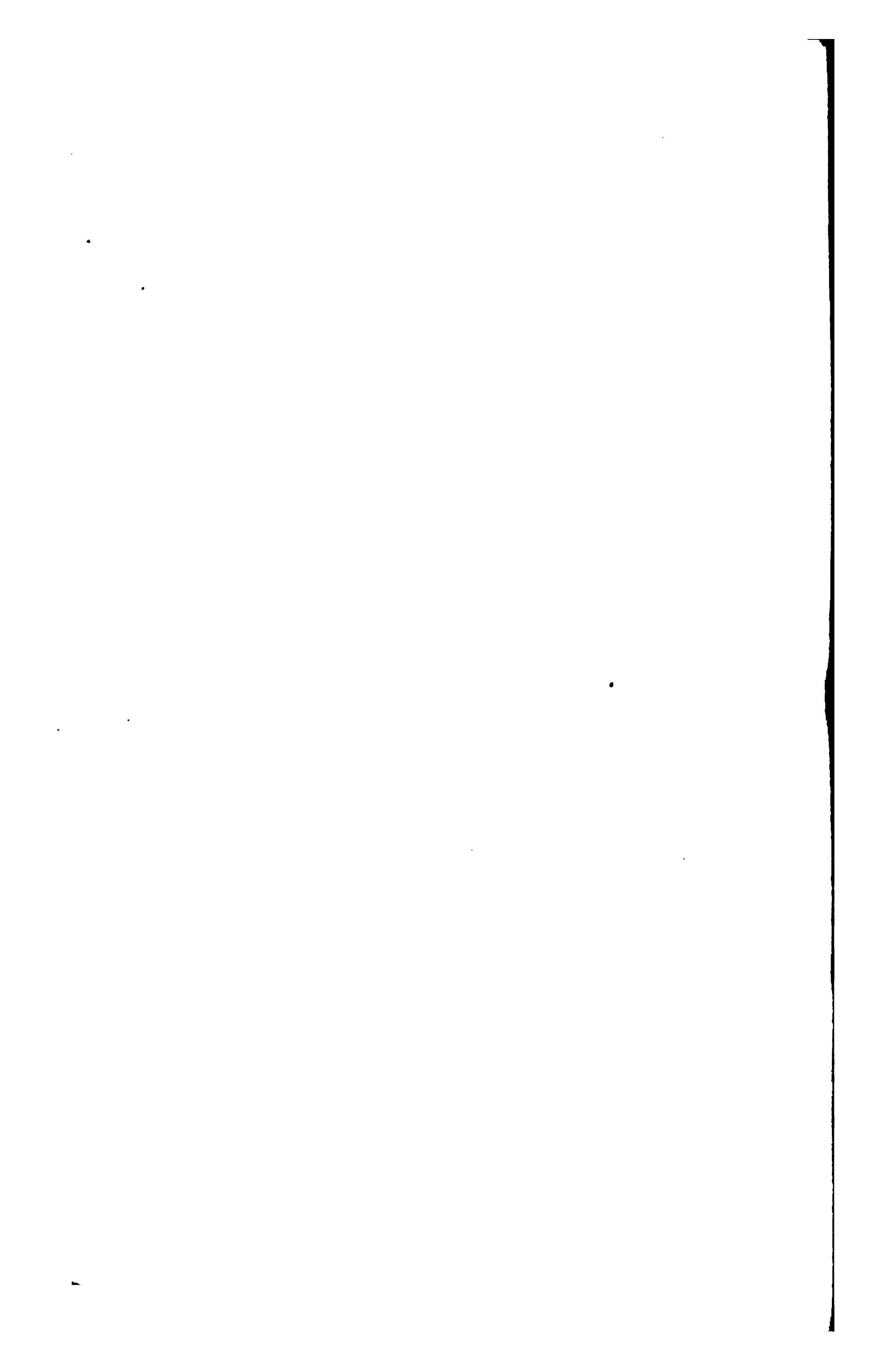
Einführende: Primärarzt Dr. O. Brieger, Dr. Kayser,
Schriftführer: Dr. Deutschländer, Dr. Walliczek, Dr. Wertheim.

Sitzungsraum: Kleiner Hörsaal der Königl. Universitäts-Frauenklinik, Maxstr. 3.

1. Alexander (Berlin): Thema vorbehalten. — 2. Barth (Sensburg): a) Ueber den sogenannten Tonansatz. b) Zur Pathologie und Therapie der Aphonia spastica. — 3. Bönninghaus (Breslau): Demonstrationen. — 4. Brieger (Breslau): Ozaena und Nebenhöhleneiterungen. — 5. Deutschländer (Breslau): Demonstration von Rhinosklerom. — 6. Ehrenfried (Kattowitz): Traumatische Absprengung der Oberkieferplatte. — 7. Th. Flatau (Berlin): Vom Wesen der Phonasthenie. — 8. B. Fränkel (Berlin): Thema vorbehalten. — 9. Gerber (Königsberg): Ueber die Entzündungen der Stirnhöhle, die mit Wandveränderungen einhergehen. — 10. Th. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie (mit Demonstrationen). — 11. Göbel (Alexandrien): Gleichzeitige Lipomatosis laryngis und Polyposis oesophagi. — 12. Hajek (Wien): Thema vorbehalten. — 13. Heymann (Berlin): Thema vorbehalten. — 14. R. Hoffmann (Dresden): Thema vorbehalten. — 15. R. Kayser (Breslau): Ueber die Sensibilität der Nasenschleimhaut. — 16. E. Meyer (Berlin): Ueber Photographie des Kehlkopfes. — 17. Nöbel (Zittau): Demonstration geheilter Recurrenslähmungen. — 18. Rethi (Wien): Ueber die Innervation des Gaumens, insbesondere mit Bezug auf die Secretion. — 19. Schwartz (Gleiwitz): Serumbehandlung der Kehlkopftuberculose mit Marmorek'schem Antituberculin. — 20. Spiess (Frankfurt a/M.): Thema vorbehalten. — 21. Thost (Hamburg): Die specifische Therapie des Heufiebers. — 22. Winckler (Bremen): Die Laryngofissur nach den Vorschriften von Semon.

Die Abtheilung ladet ein: die Abtheilung 18 (Chirurgie) zu: Th. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie (mit Demonstrationen).

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.



Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. **Berlin, October.** **1904. No. 10.**

I. Die Beziehungen der Laryngologie, Rhinologie und Otologie zu anderen Künsten und Wissenschaften.

Rede, gehalten auf dem Internationalen Congress für Kunst und Wissenschaft zu St. Louis am 21. September 1904

von Sir Felix Semon.

Herr Präsident, meine Damen und Herren!

Als ich Professor Newcomb's höchst schmeichelhafte Aufforderung erhielt, vor der Section für Laryngologie und Otologie des in Verbindung mit dieser grossartigen Ausstellung abgehaltenen Congresses für Kunst und Wissenschaft einen Vortrag zu halten, war natürlich mein erstes Gefühl das aufrichtiger Dankbarkeit für die grosse mir erwiesene Ehre. Dieses Gefühl wurde noch vermehrt durch die in Professer Newcomb's Schreiben enthaltene Mittheilung, dass die Einladung auf Vorschlag einer Anzahl von amerikanischen Vertretern der Medicin erlassen sei, deren Namen jenseits des Ozeans Jedermann mit Hochachtung nennt. Glauben Sie mir, dass ich die ausserordentliche mir damit erwiesene Auszeichnung tief empfinde; meine Freude bei deren Annahme wird nur durch die Erwägung beeinträchtigt, dass ich nicht den Anspruch erheben kann, ein Otologe zu sein und dass dem otologischen Theil meiner Aufgabe zweifellos viele europäische Vertreter dieses Faches viel besser gerecht geworden wären. Ich rief pflichtgemäss diesen Umstand den Veranstaltern des Congresses ins Gedächtniss; er wurde jedoch nicht als unüberwindliches Hinderniss für die Uebernahme der mir gestellten Aufgabe angesehen. Ich brauche nicht zu betonen, dass ich nach Kräften bemüht sein werde, auch dem otologischen Abschnitt meiner Aufgabe gerecht zu werden; meine Hörer werden aber verstehen und — wie ich glaube — verzeihen, wenn der Haupttheil meiner Bemerkungen eher Gegenständen gewidmet wird, über die ich aus persönlicher Erfahrung sprechen kann, als solchen Fragen, mit denen mich meine Thätigkeit in weniger nahe Beziehung bringt.

Wenn die erste Empfindung bei Empfang Ihrer Einladung naturgemäss das Gefühl der Dankbarkeit für die hohe mir erwiesene Auszeichnung war, so war

diese Empfindung aufs engste verknüpft mit der aufrichtigen Freude, die mich bei dem Gedanken erfüllte, dass ich zur Mitarbeit an einem mir so sympathischen Werk ausersehen sein sollte, wie es dieses grossartige Unternehmen ist. In Professor Newcomb's Einladung wurde gesagt, dass Gegenstand dieses Congresses sein sollte, „die Einheitlichkeit der Wissenschaften und die Wechselseitigkeit ihrer Beziehungen zu erörtern und so dem Mangel an Uebereinstimmung und Zusammengehörigkeit unter den heute so zersplitterten Specialwissenschaften entgegenzutreten".

Ich weiss nicht, ob man mich ausersehen hat, weil ich während meiner ganzen wissenschaftlichen Laufbahn stets diesen leitenden Gedanken aufrecht erhalten habe, ich kann aber wohl ohne Furcht vor Widerspruch sagen — und als Beweis sei auf meine literarische Thätigkeit hingewiesen —, dass mein Streben stets mit Bewusstsein dahin ging, bei jeder sich bietenden Gelegenheit das Princip hochzuhalten, das die Veranstalter dieses Congresses beseelt.

Ich würde nicht Specialist sein, wäre ich nicht fest von der Nothwendigkeit des Specialismus in der Medicin durchdrungen. Das unsterbliche Wort: „Das Leben ist kurz, die Kunst ist lang und die Technik ist schwer", hat heute noch grössere Gültigkeit, als da es der Vater der Medicin vor zweitausend Jahren aussprach. Die Lebensdauer ist seit seiner Zeit die gleiche geblieben, seine Kunst jedoch ging und geht heute noch mit Riesenschritten vorwärts. Wirthschaftliche Rücksichten stehen einer ungemessenen Verlängerung der für das medicinische Studium bestimmten Zeit entgegen, und so wird auf den Zeitraum der wenigen Jahre, die dem künftigen Arzt zur Vorbereitung für den späteren Beruf dienen, ein immer grösseres Arbeitspensum zusammengedrängt. Kein Wunder daher, dass es äusserst schwierig, ja fast unmöglich geworden ist, unsere Studenten so gründlich auszurüsten, dass sie völlig bewandert in jedem theoretischen und practischen Fach der Medicin in die Praxis eintreten. Selbst die Wenigen, die, im Besitz guter Kraft und Gesundheit, mit aussergewöhnlichen Fähigkeiten und ebenso aussergewöhnlichem Fleiss ausgestattet, es dahin bringen, sich während ihrer Studienzeit alle Details der zeitgenössischen Medicin anzueignen, werden, wenn sie erst einmal in die Praxis gekommen sind, mit ganz seltenen Ausnahmen es practisch undurchführbar finden, mit der rapiden Fortentwicklung, die das Merkzeichen unserer Zeit ist, in allen Gebieten Schritt zu halten.

Unter diesen Umständen ist eine Arbeitstheilung zur logischen und unvermeidlichen Nothwendigkeit geworden. Die alte Grenzlinie zwischen innerer Medicin und Chirurgie, zu der in einer etwas späteren Periode noch Gynäkologie und Geburtshülfe als selbstständige Zweige hinzugefügt wurden, ist für Forschung und Praxis mit ihrer einst streng durchgeführten Scheidung nicht mehr genügend. Allmälig hat sich eine anerkannte Specialität nach der anderen entwickelt, theilweise infolge der Nothwendigkeit einer besonderen Ausbildung in einer bestimmten Technik, theilweise weil nur Männer, die in dieser Technik ausgebildet waren, zur Vornahme weiterer Forschungen auf dem betreffenden Gebiete im Stande waren.

Die internationalen medicinischen Congresse bezeugen diese unvermeidliche Entwickelung der heutigen Medicin. Ihre Veranstalter wünschen nichts mehr, als

die Zahl der Sectionen auf dem Congress zu beschränken, und doch macht sich einmal nach dem anderem das unabweisbare Bedürfniss nach Bildung neuer Sectionen geltend. So war, während auf dem Brüsseler internationalen medicinischen Congress im Jahre 1875 acht Sectionen genügten, um ein getreues Bild von dem Stand der wissenschaftlichen Medicin jener Zeit zu geben, diese Zahl 25 Jahre später mehr als verdoppelt worden, indem bei dem internationalen medicinischen Congress in Paris 17 Sectionen gebildet werden mussten.

Sieht man das unerwartete Emporwachsen so vieler Zweige, von denen wir vor wenigen Jahren uns nichts haben träumen lassen, so wäre es in der That vermessen, zu behaupten, dass die Grenze in der Specialisirung unserer Wissenschaft bereits erreicht ist.

Diese fortschreitende Arbeitstheilung — das Ergebniss nicht einer individuellen Laune, sondern einer unerbittlichen Nothwendigkeit — hat in den letzten 50 Jahren sicherlich zu grösserer Entwickelung medicinischer Kenntnisse und Leistungen geführt, als dies während irgend eines entsprechenden Zeitraums der medicinischen Geschichte der Fall war. Wenn wir Männer mittleren Lebensalters uns daran erinnern, was die Medicin war, als wir unsere Studien begannen und sehen, was sie heute ist; wenn wir ferner bedenken, wie vieles von den in der Zwischenzeit erreichten Fortschritten der Arbeit von Specialisten zu danken ist, so haben wir, denke ich, alle Veranlassung, der Arbeitstheilung, die so herrliche Früchte gebracht hat, dankbar zu sein.

Aber wenn dies auch gern und bereitwillig anerkannt werden muss, so kann doch nicht geleugnet werden, dass, wie fast bei jeder Bewegung ähnlicher Art, so auch in dieser Entwickelung der modernen Medicin eine grosse und thatsächliche Gefahr liegt, nämlich die der Ueberspecialisirung. Ich erinnere mich wohl, wie entrüstet ich in der ersten Zeit meiner specialistischen Laufbahn war, wenn ich dem damals sehr häufig gegen den Specialismus erhobenen Vorwurf begegnete, dass er zur Einseitigkeit führe, und wie unbegründet und ungerecht mir dieser Vorwurf damals erschien. Längere Erfahrung und reiferes Urtheil haben mich gelehrt, dass die Gefahr der Einseitigkeit, infolge allzu ausschliesslicher Hingabe an die Specialität, mehr ist, als ein blosses Hirngespinnst. Sei es infolge natürlicher Geistesanlage oder weil ihm der ständige Connex mit den grossen Gesichtspunkten der Pathologie fehlt, es lässt sich nicht leugnen, dass der Specialist geneigt ist, überall ein locales Leiden zu erblicken und Störungen der allgemeinen Gesundheit und anderer Organe, die in Wirklichkeit die Hauptaufmerksamkeit erfordern sollten, zu übersehen. Durch die besonders im letzten Jahrzehnt sich geltend machende Neigung, die Untersuchung und Erörterung von speciellen Fragen in Specialgesellschaften und Specialzeitschriften zu verlegen, ist jene Gefahr natürlich noch vermehrt worden, deren Vorhandensein bereits mein grosser Lehrer Virchow voraussah, als er in der Festversammlung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 28. October 1885 die folgenden denkwürdigen Worte sprach, auf die ich mehr als einmal hingewiesen habe: „Es hat sich unter uns das grosse Heer der Specialiäten entwickelt, und es würde vergeblich sein, jedenfalls unfruchtbar, diesem Streben entgegenzutreten, aber ich glaube doch, es hier aussprechen zu sollen, und ich hoffe, Ihrer Aller Beifall sicher zu

sein, wenn ich sage, dass keine Specialität gedeihen kann, welche sich gänzlich loslöst von dem Gesammtkörper der Wissenschaft, dass keine Specialität fruchtbar und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer wieder von Neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born, wenn sie sich nicht verständigt mit den anderen Specialitäten, wenn sie alle sich nicht gegenseitig helfen und dadurch wenigstens, was sie für die Praxis vielleicht nicht immer nöthig hätten, doch für das Wissen jene Einheit erhalten, auf der unsere Stellung nach innen und — ich kann auch wohl sagen — nach aussen beruht."

Unter diesen Umständen war es gewiss ein glücklicher Gedanke, uns wieder an die Einheitlichkeit von Wissenschaften und Künsten zu mahnen und so dem Mangel an Uebereinstimmung und Zusammengehörigkeit unter den heute so zersplitterten Specialwissenwissenschaften entgegen zu treten.

Und ich betrachte es als ein besonders charakteristisches Zeichen der Zeit und als verheissungsvolle Vorbedeutung für die Zukunft, dass jene Mahnung von den Gelehrten eines Landes ausgeht, das in so hervorragendem Maasse sich in fortschreitender Entwickelung befindet, wie die Vereinigten Staaten von Nordamerika. Wenn sie, die nicht durch die vielen Ueberlieferungen, Förmlichkeiten und Vorurtheile eingeengt sind, die uns jenseits des Ozeans so lästig beschränken, es für hoch an der Zeit fanden, ein warnendes Wort gegen die stets wachsende Spaltung in der Einheit der Wissenschaft zu sprechen, so muss das gewiss jene stutzig machen, die leichten Herzens jeden weiteren Fortschritt auf dem Wege zur sogenannten „Selbstständigkeit" als practischen Gewinn für den Specialismus betrachten. Sollte es mir heute, wenn ich die innigen Bande, die uns mit anderen Künsten und Wissenschaften verknüpfen, in rascher Folge vor Ihnen entrolle, gelingen, einige der begeisterteren Vorkämpfer für diese Selbstständigkeit davon zu überzeugen, dass die Laryngologie, Rhinologie und Otologie nur gedeihen und sich gesund entwickeln können, wenn sie niemals ihren engen Zusammenhang mit anderen oft genug anscheinend weit entlegenen Gebieten menschlichen Wissens aus den Augen verlieren, dann, glaube ich, habe ich mein Scherflein zu dem hervorragenden Ziel dieses grossen Congresses beigesteuert.

Es ist keine blosse Redensart, wenn ich sage, dass, je weiter ich bei der Vorbereitung dieses Vortrages kam, desto mehr mir die Grösse meiner Aufgabe und die Intimität unerwarteter und schwer auszudenkender Beziehungen zwischen Otologie, Rhinologie und Laryngologie und anderen Wissenschaften und Künsten offenbar wurde. Diese Specialitäten haben sich in so ausgesprochen selbstständigen Bahnen entwickelt, dass man theoretisch versucht sein könnte, ihnen verhältnissmässig wenig Gemeinsames mit anderen Zweigen der Medicin zuzusprechen, geschweige denn mit anderen Wissenschaften und Künsten.

Um eine derartige missverständliche Annahme zu beseitigen, konnte nichts Besseres erdacht werden, als die Ergebnisse meiner Untersuchung. Bei jedem Schritt während der Vorbereitung dieser Arbeit wurde es mir klarer, wie viel wir anscheinend entlegenen Zweigen menschlichen Wissens zu verdanken haben, wie sehr wir in unserer speciellen Arbeit durch Fortschritte, die auf anderen weit abliegenden Gebieten gemacht wurden, gefördert worden sind und noch gefördert

werden und wie viel Gutes uns noch zu erwarten steht von Neuerungen auf Wissensgebieten, die vor wenigen Jahren selbst der phantastischste Träumer nicht hätte mit unserer Thätigkeit in Verbindung denken können.

Es soll in diesem Vortrag mein Bestreben sein, das oben Gesagte durch einen flüchtigen Ueberblick über den Zusammenhang von Laryngologie, Rhinologie und Otologie mit Physik, Chemie, Mathematik, Philosophie, Geschichte, Biologie, Technologie und Musik, sowie ihre Beziehungen zu anderen Zweigen der Medicin zu erhärten, und ich bedauere nur, dass es mir bei der zugemessenen Zeit ganz unmöglich sein wird, meiner Aufgabe in vollem Umfange gerecht zu werden.

I. Physik.

Licht. Lassen Sie uns mit der Physik beginnen. Die Beziehungen dieser Wissenschaft zu Laryngologie, Rhinologie und Otologie sind ebenso mannigfaltig, wie interessant und wichtig. Die genannten Zweige der medicinischen Wissenschaft haben das Gemeinsame, dass es ihre Aufgabe ist, die Physiologie und Pathologie tiefgelegener Körperhöhlen zu erforschen. Die Frage, wie diese zur Vornahme der Untersuchung zu erleuchten sind, ist daher von der grössten Bedeutung, und so ist das Capitel der Physik, das von den Eigenschaften des Lichtes handelt, für uns ein Gegenstand unmittelbaren und angelegentlichen Interesses. Dies trifft in besonderem Maasse für die Laryngologie zu. Wenn auch durch die Arbeiten Kirstein's in jüngster Zeit die directe Besichtigung des Kehlkopfes durch Niederdrücken der Zunge mittels geeigneter Spatel als möglich erwiesen wurde, so ist diese Untersuchungsmethode doch nur in einem Bruchtheil aller Fälle anwendbar und die Untersuchung des Kehlkopfs wird allgemein noch mit Hülfe reflectirender Spiegel vorgenommen. Die eigentliche Grundlage der Laryngoskopie, wie sie gewöhnlich geübt wird, beruht auf dem Princip der physiologischen Optik, dass, wenn Lichtstrahlen auf eine reflectirende Fläche fallen, die eine bestimmte Neigung zur Lichtquelle hat, der Reflexionswinkel gleich dem Einfallswinkel ist. Wird also ein kleiner Spiegel direct unterhalb der Uvula in einem Winkel von 45° zur Horizontalen geneigt gehalten, während ein kräftiger Lichtstrahl in horizontaler Richtung in den Hals des Patienten geworfen wird, so wird der gerade unter dem Spiegel gelegene Theil, das ist der Kehlkopf, durch reflectirtes Licht beleuchtet werden; sein Bild wird auf den Spiegel zurückgeworfen und von dort in das Auge des Beschauers reflectirt, das mit den auf die reflectirende Fläche geworfenen Strahlen sich in gleicher Ebene befindet. Genau dasselbe Princip gelangt zur Anwendung, wenn, anstatt des Kehlkopfes, der Nasenrachenraum zu untersuchen ist, und das eben dargelegte physiologisch-optische Gesetz hat dieselbe fundamentale Bedeutung für die hintere Rhinoskopie wie für die Laryngoskopie. Um jedoch ein wirklich gutes Bild sowohl vom Kehlkopf wie von der Nasenrachenhöhle zu erhalten, ist es nöthig, dass das auf den reflectirenden Spiegel geworfene Licht ein intensives ist. Daher ist jeder Fortschritt, der darin gemacht wird, das zu Beleuchtungszwecken gebrauchte Licht concentrirter und intensiver zu machen, für mein Specialfach von dem grössten Interesse. Es klingt heute fast wie ein Märchen, dass die Entwickelung der Laryngologie in ihrer Kindheit fast ein halbes Jahr lang aufgehalten wurde und dass Prof. Türck

in Wien, der zuerst Manuel Garcia's epochemachende Entdeckung des Laryngoskops für die Erforschung der krankhaften Processe im Kehlkopf nutzbar machte, während dieser Zeit seine Studien aufgab, weil der Winter des Jahres 1857 in Wien ein sehr trüber war und weil die indirecten Sonnenstrahlen nicht genügend Licht zur Beleuchtung des Kehlkopfes lieferten! — Und doch verhielt es sich in der That so, und nur, wie Morell Mackenzie treffend sagte, dadurch, dass Prof. Czermak die unzuverlässigen Sonnenstrahlen durch künstliches Licht ersetzte und Reute's grossen Augenspiegel zur Concentration der Lichtstrahlen gebrauchte, wurden die anfänglichen Schwierigkeiten überwunden. So wurden bereits in diesem Frühstadium Linsen, gleichfalls eine Errungenschaft der physiologischen Optik, zur Förderung unserer jungen Wissenschaft angewandt. Was für Fortschritte haben wir gemacht seit der „Schusterkugel" — einer grossen mit Wasser gefüllten Kugel, deren sich Türck und Stoerk bedienten — bis zum heutigen Tage, wo wir im Stande sind, eine kleine elektrische Lampe in die Körperhöhlen selbst zum Zweck der Diagnose und Operation einzuführen, Licht in den Oesophagus oder die Bronchien zu werfen oder das Gesicht zu diagnostischen Zwecken, wie zur Erkennung von Krankheiten der Oberkiefer- oder Stirnhöhle, zu durchleuchten! —

Die Anwendung des Leuchtgases, dem in neuerer Zeit seine Modification, das Glühlicht, gefolgt ist, die Einführung des Hydrooxygenlichts und, vor Allem, jene wunderbare, jetzt allgemein benutzte Lichtquelle, das elektrische Licht, bedeuten ebenso viele Schritte auf dem Wege zur Vervollkommnung unseres Könnens in der Laryngologie und Rhinologie, Noch in jüngster Zeit erhielten wir in der Nernstlampe ein willkommenes Geschenk. Sie gewährt denjenigen, die an das vorzügliche jedoch umständlich zu handhabende Hydrooxygenlicht gewöhnt sind, eine Beleuchtung, die fast ebenso gut ist und dabei viel weniger Mühe verursacht.

Gleich als wenn dies noch nicht genug des Fortschritts innerhalb der kurzen Spanne Zeit von einem Vierteljahrhundert wäre, ist Prof. Roentgen's grosse Entdeckung vom Durchdringungsvermögen der ultravioletten Strahlen, die heute unter seinem Namen bekannt sind, gleich von Anfang in glücklichster Weise für die Zwecke der Laryngologie nutzbar gemacht worden. Als die aussergewöhnlichen Eigenschaften der X-Strahlen bekannt wurden, gab ich der Hoffnung Ausdruck, dass es möglich sein würde, mit ihrer Hülfe gutartige und bösartige Geschwülste infolge ihrer verschiedenen Dichtigkeit zu unterscheiden. Wenn auch diese Hoffnung leider bisher sich nicht verwirklicht hat, so sind doch die medicinischen Errungenschaften, die diesen Strahlen zu danken sind, gewiss erstaunlich. Sie setzen uns in die Lage, die Anwesenheit von metallischen Fremdkörpern im Kehlkopf, den unteren Luftwegen, der Nase und ihren Nebenhöhlen zu entdecken. Bestehen Zweifel, ob eine Stimmbandlähmung auf das Bestehen eines Aneurysmas oder eines festen Tumors in der Brusthöhle, der auf den Nervus pneumogastricus oder laryngeus recurrens drückt, zurückzuführen ist, so kommen wieder die X-Strahlen uns zu Hülfe und unterstützen uns bei der Aufstellung einer differentiellen Diagnose. Eine weitere sehr ingeniöse Anwendung der X-Strahlen hat Dr. Spiess in Frankfurt a. M. gemacht, der anrieth, die heikle und keineswegs gefahrlose Sondirung der Stirnhöhle dadurch zu controlliren und

so ungefährlich zu machen, dass man während der Einführung der Sonde das Bild vom Kopf des Patienten auf den Schirm wirft, wodurch der Operateur in die Lage versetzt wird, zu sehen, ob das Instrument sich wirklich auf dem richtigen Wege in die Stirnhöhle befindet.

Wer wollte kühn genug sein, zu behaupten, dass mit solchen Entdeckungen die Hülfsquellen der Physik erschöpft sind und dass nicht einer nahen Zukunft möglicherweise die Einführung einer noch intensiveren Lichtquelle vorbehalten sein könne? — Wer so thöricht ist, an die Endlichkeit wissenschaftlicher Fortschritte zu glauben, sei an das in jüngster Zeit entdeckte Radium mit seinen bis jetzt noch unvollkommen bekannten Eigenschaften erinnert.

Bevor ich das Thema vom Licht verlasse, muss ich noch auf einige andere Methoden eingehen, bei denen sich dieser Zweig der Physik als nutzbringend für unsere Specialität erwiesen hat.

Das Mikroskop. Die erste derselben ist der Gebrauch des Mikroskops. Ueber diesen Punkt brauche ich nicht viel zu sagen. Der enorme Werth des Mikroskops in der Medicin ist so allgemein anerkannt, dass es Eulen nach Athen tragen hiesse, wollte ich bei diesem Gegenstand lange verweilen. Unsere Specialität hat durch das Verständniss der feineren anatomischen und pathologischen Vorgänge in Hals, Nase und Ohr ebensoviel Nutzen gezogen, wie jeder andere Zweig unserer Mutterwissenschaft. Es genügt, daran zu erinnern, welche Hülfe uns das Mikroskop bei der differentiellen Diagnose zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten, bei der Erkennung tuberculöser und diphtherischer Affectionen, bei der Differenzirung von septischen Erkrankungen im Allgemeinen leistet, um die Wahrheit meiner Worte zu erhärten.

Stroboskopie. Eine andere, freilich beschränktere Anwendung von Licht für den Zweck der Laryngologie stellt die Stroboskopie dar. Das Stroboskop besteht aus zwei rotirenden Scheiben, von denen die eine mit Löchern versehen ist, während auf die andere Figuren gezeichnet sind, die durch die Löcher in der ersten Scheibe betrachtet werden. Durch eine sinnreiche Modification des Stroboskops ist es Prof. Oertel gelungen, einen Apparat zu construiren, mittels dessen die Schwingungen der Stimmbänder genau beobachtet werden können. Höchst interessante Beobachtungen über die Bewegung der Stimmbänder beim Singen sind mit Hülfe dieses Apparates angestellt worden. Als Beispiel einer solchen will ich nur erwähnen, dass nach Oertel „die Töne des Brustregisters dadurch gebildet werden, dass die Stimmbänder in ihrer ganzen Länge und Breite schwingen, während das Zustandekommen der Falsetttöne durch eine fortschreitende Zerlegung ihrer Breite durch sagittal verlaufende Knotenlinie bedingt ist“.

Photographie. Eine fernere in diesem Zusammenhang zu erwähnende Methode ist die Photographie. Ich brauche nicht zu sagen, dass photographische Wiedergabe von Präparaten, um die normale und pathologische Anatomie von Ohr, Nase und Hals zu veranschaulichen, kein ausschliessliches Eigenthum der Laryngologie, Rhinologie oder Otologie ist; doch verknüpft ein besonderes Interesse die erstere dieser Wissenschaften insofern mit der Photographie, als mit ihrer Hülfe eine Reihe der interessantesten Beobachtungen über die Physiologie des Kehlkopfs während des Singaktes angestellt wurden. Die Methode hat sich besonders nütz-

lich darin erwiesen, dass sie die Widersinnigkeit der vorgefassten Ideen vor Augen führte, die manche Gesanglehrer über den Umfang der einzelnen Stimmregister haben. Sie hat in vollem Umfang die von den competentesten Beurtheilern ausgesprochene Ansicht bestätigt, dass auch bei Personen, deren Stimme einer und derselben Kategorie angehören, grosse Mannigfaltigkeit in der Production der Singstimme herrscht. Der Bahnbrecher auf diesem verlockenden Gebiet ist mein Freund, Dr. French in Brooklyn, gewesen; seine Begeisterung und Ausdauer sind die ersten zuverlässigen Resultate dieser vielversprechenden Methode physiologischer Forschung zu danken. Weitere Studien in dieser Richtung sind von Dr. Musehold und Prof. E. Meyer in Berlin gemacht worden. Der letztgenannte Forscher hat soeben zusammen mit dem berühmten Mechaniker Zeiss in Jena einen sehr sinnreichen Apparat zur Demonstration und Photographie des Kehlkopfs construirt; nachdem ich jedoch die mit seiner Hülfe angefertigten Photographien gesehen habe, muss ich sagen, dass Dr. French's Leistungen bisher nicht übertroffen worden sind.

Stereoskopie. Zum Schluss dieses Abschnitts über die Bedeutung des Lichts für uns will ich nicht versäumen, auf die sinnreiche Anwendung hinzuweisen, die die Stereoskopie durch meinen Freund Dr. Watson Williams in dem wundervollen Atlas gefunden hat, der die zweite Auflage seines Werkes über die Krankheiten des oberen Respirationstractus begleitet. Da es oft äusserst schwer ist, zu Lehrzwecken wirklich anschauliche Präparate von den Nebenhöhlen der Nase zu erhalten, so darf seine Verwendung des Princips der Stereoskopie für Photographien, die an Plastik wirklich mit dem Leben wetteifern, mit Recht als ein Triumph in der Nutzbarmachung der Ergebnisse einer anscheinend entlegenen Wissenschaft für unsere speciellen Zwecke bezeichnet werden.

Die Erwähnung der Elektricität, der X-Strahlen und des Radium führt uns natürlich zu Gemüth, dass das Capitel vom Licht für den Laryngologen und Rhinologen nicht allein vom Standpunkt der Beleuchtungsfrage von Interesse ist. Wir sind so glücklich, in einer Zeit zu leben, in der die grosse Heilkraft des Lichts für eine Klasse von Fällen entdeckt und nutzbar gemacht worden ist, bei der eine Bereicherung unseres therapeutischen Arsenals sehr von nöthen ist. Das Sonnenlicht, das elektrische Licht, die ultravioletten Strahlen und die Ausstrahlungen des Radium werden heut mit grossem Erfolg zur Behandlung von Lupus, von Ulcus rodens und einigen oberflächlicheren Formen bösartiger Geschwülste benutzt, und es darf wohl gehofft werden, dass in der Behandlung dieser furchtbaren Erkrankungen weitere Fortschritte gemacht werden, selbst wenn sie an Stellen vorkommen, die der Wirkung der verschiedenen Strahlen nicht leicht zugänglich sind.

Schall. Während das Capitel der Physik, das vom Licht und seinen Kräften handelt, wie ich eben zu zeigen versucht habe, für Laryngologie und Rhinologie von der grössten Wichtigkeit ist, gebührt dem Capitel vom Schall eine gleich bedeutende Stellung für die Otologie. Es bedarf keines umständlichen Nachweises dafür, dass eine Wissenschaft, die vor allem mit den Störungen des Gehörs zu thun hat, untrennbar mit der Lehre vom Schall verknüpft ist. So bildet die Stimmgabel einen unentbehrlichen Bestandtheil im Arsenal des Ohrenarztes, und

die Frage, ob die durch ihre Schwingungen hervorgerufenen Töne leichter bei Luft- oder Knochenleitung wahrgenommen werden, ist bei einer grossen Zahl von Ohraffectionen von der höchsten Bedeutung. Hier muss auch die Galton'sche Pfeife zur Bestimmung der Hörfähigkeit für hohe Töne erwähnt werden. Ferner: die Frage nach der Wahrnehmungsfähigkeit von Tönen, der Unterschied in der Wahrnehmung, je nachdem der Mund offen oder geschlossen ist; die Interferenzerscheinungen; die Bedeutung der Hörfähigkeit für die Sprache; die Hörbarkeit der verschiedenen Töne; die Differentialdiagnose zwischen Erkrankungen des schallleitenden und schallempfindenden Apparates — all dies sind Fragen, die mit der Lehre vom Schall aufs engste zusammenhängen, und so kann ohne Uebertreibung gesagt werden, dass die Otologie ohne ständige enge Fühlung mit der Physik undenkbar ist.

Der Phonograph. Wenn wir vom Schall sprechen, darf der Phonograph, eine Erfindung, die amerikanischem Genie zu danken ist, nicht unerwähnt bleiben, obwohl eine Verwerthung der durch ihn gegebenen Möglichkeiten mit unserer Trias von Wissenschaften sich noch in den ersten Anfängen befindet. Ich will meine Hörer daran erinnern, dass ganz kurze Zeit nach Einführung des Phonographen Dr. Mount Bleyer in New-York, Dr. Lichtwitz in Bordeaux und ich unabhängig von einander die Idee fassten, seine Wiedergabefähigkeit für Unterrichtszwecke nutzbar zu machen. Man hat nicht immer einen Keuchhustenfall zur Hand, wenn man gerade über diese Krankheit liest und wenn es auch leicht und wahr genug ist, zu sagen, der dieser Krankheit eigenthümliche Husten sei so charakteristisch, dass, wer ihn einmal gehört hat, ihn nie wieder vergisst, so ist es doch nicht so leicht, practisch vor Augen zu führen, worin das Charakteristische, von dem man spricht, eigentlich besteht. Hier kommt uns der Phonograph zu Hülfe. Man lasse ein mit jener unangenehmen Krankheit behaftetes Kind ein paar Mal in den Apparat hineinhusten und setze ihn, wenn man über Keuchhusten lesen will und keinen anschaulichen Fall zur Hand hat, in Gang: der Keuchhusten wird mit genügender Natürlichkeit herauskommen! —

Es braucht nicht gesagt zu werden, dass das Studium der verschiedenen Formen von Husten und Heiserkeit nur eine der Arten darstellt, wie der Wiedergabemechanismus des Phonographen mit seiner Fähigkeit, Unterschiede merkbar zu machen, nutzbar gemacht werden konnte. Bereits sind von Dupont Versuche gemacht worden, mit seiner Hülfe die Veränderungen der Sprache bei verschiedenen Formen von Delirium, Paralyse, multipler Sklerose etc. zu studiren. In neuerer Zeit hat Flatau in Berlin die verschiedenen Formen von Stimmstörungen mittels des Edison'schen Phonographen studirt und ihn auch zur Untersuchung des feineren Mechanismus der Singstimme benutzt. Bei weiterer Vervollkommnung des Apparates kann man hoffen, dass noch werthvollere Resultate, als die bisher erreichten, sich erzielen lassen, wenn dieselben auch heute schon mehr als eine „quantité negligeable" darstellen.

Die empfindliche Flamme. Schliesslich möge in diesem Zusammenhang noch erwähnt werden, dass die König'sche empfindliche Flamme zur Aufzeichnung der durch die menschliche Stimme verursachten Schallwellen benutzt worden ist. Der Apparat besteht aus einem schnell rotirenden Würfel, dessen vier

seitliche Flächen durch Spiegel gebildet sind, sowie aus einer in einem Gasbehälter seitlich angebrachten Membran. Damit steht eine kleine empfindliche Gasflamme in Verbindung. Wird ein Ton gegen die Membran gesungen, so hüpft die Flamme auf und nieder und die in den Spiegeln sichtbaren Wellen sind nicht einfach auf- und absteigende, sondern die ursprünglich breiten Wellen tragen auf ihrer Oberfläche noch kleinere. Je reicher die Stimme ist, desto zahlreicher sind die Obertöne auf den spiegelnden Flächen des Würfels vertreten (Halliburton).

Elektricität. Die enormen Fortschritte, die unsere Generation in der Wissenschaft der Elektricität gemacht hat, sind für die Diagnostik und Therapie in der Laryngologie, Rhinologie und Otologie von den nützlichsten Folgen gewesen. In der That giebt es wahrscheinlich wenig verwandte Wissenschaften, an denen unsere Specialität ein so eifriges Interesse hat und deren Fortschritte uns in so reichem Maasse zu gute kommen, wie es bei der Elektricität in ihren verschiedenen Formen der Fall ist. Es wurde bereits gesagt, dass die Leuchtkraft des elektrischen Lichtes nicht nur im gewöhnlichen Sinne, sondern auch zur Durchleuchtung der Höhlen des Kopfes und Halses und zur Besichtigung der unteren Luft- und Speisewege benutzt wurde. Der constante und faradische Strom sind uns sowohl für Diagnose wie für Behandlung von grösstem Vortheil. Durch die Entartungsreaction sind wir im Stande, zu entscheiden, ob eine Lähmung in Mund, Rachen oder Kehlkopf centralen oder peripheren Ursprungs ist. Mittels der Anwendung beider Formen von Strom gelingt es uns in vielen Fällen, Lähmungszustände, besonders wenn es solche functioneller Art sind, zu heilen.

Ferner kommt die Elektricität in Form der Galvanokaustik practisch täglich in den Händen der Laryngologen und Rhinologen zur Anwendung. Sie hat den Gebrauch der meisten anderen Formen von Kaustik verdrängt und es giebt heutzutage wohl wenige Laryngologen, die ihrer entrathen möchten.

Noch eine andere Form von Anwendung der elektrischen Kraft, nämlich die Elektrolyse, wird von einigen begeisterten Anhängern sehr gerühmt, die sich ihrer zur Behandlung von Ozaena, Nasenrachenfibromen, zur Verkleinerung von Unregelmässigkeiten an der Nasenscheidewand etc. bedienen. Es muss jedoch zugestanden werden, dass diese Methode bei der Mehrzahl der Laryngologen sich nicht hat allgemein Eingang verschaffen können.

Schliesslich hat in neuerer Zeit die motorische Kraft der Elektricität im weiten Umfang, und zwar, wie ich glaube, nirgends mehr als in den Vereinigten Staaten Verwendung gefunden zum Treiben von Trephinen, Sägen, Bohrern besonders in der Nasenchirurgie, sowie zur Elektro-Massage in der Ohrenbehandlung. Wenn die Methode noch nicht allgemeine Aufnahme in Europa gefunden hat, so liegt das, wie ich meine, mehr an Mangel an Vertrautheit mit ihr, als an irgend einem anderen Grunde, und ich bin überzeugt, dass je allgemeiner die Verwendung der Elektricität im Hause werden wird, desto grösser wird auch die Rolle des Elektromotors in unserem Instrumentarium werden.

Diese flüchtige Skizze wird hoffentlich genügen, ein Bild von der enormen Bedeutung dieses Zweiges der Naturwissenschaft für unser specielles Arbeitsgebiet zu geben.

II. Chemie.

Wenn man auch keineswegs sagen kann, dass die Chemie, abgesehen von ihren allgemeinen Beziehungen zur Medicin, in ihren verschiedenen Zweigen so eng mit Laryngologie, Rhinologie und Otologie verknüpft ist, wie dies bei der Physik der Fall ist, so giebt es doch genug Punkte von grosser und unmittelbarer Bedeutung, in denen diese beiden Wissensgebiete zusammenhängen.

In erster Linie gewinnt die synthetische Chemie täglich für uns insofern an Bedeutung, als sie uns mit neuen und wichtigen pharmaceutischen Präparaten bereichert. Brauche ich Sie an das Orthoform, Anaesthesin, Adrenalin, Jodoform, Sozojodol, Wasserstoffsuperoxyd zu erinnern, um nur einige aus der grossen Zahl der neuen Mittel herauszugreifen, die, sozusagen, unseren festen Lagerbestand bilden und deren Einführung wir der synthetischen Chemie verdanken? Jeden Tag wächst in Folge der Fortschritte in dieser verwandten Wissenschaft unsere Fähigkeit, Nutzen zu stiften, und wir haben uns heute daran gewöhnt, ständig neue Förderung unseres therapeutischen Könnens von dieser Quelle zu erwarten.

Es ist wahr, dass Skeptiker mit einigem Schein von Recht sagen könnten, dass wir in den letzten Zeiten etwas zu viel des Guten an neuen Mitteln gehabt haben und noch haben; ich will das aber um so lieber unentschieden lassen, als die Chemie uns nicht nur in Hinblick auf die Therapie, sondern auch für die Diagnose von Nutzen ist. Hauptsächlich mit Hülfe der verschiedenen chemischen Reactionen sind wir im Stande, Ergüsse von Cerebrospinalflüssigkeit und die bei vasomotorischen Affectionen in der Nase vorkommende gewöhnliche Secretion von einander zu unterscheiden.

Schliesslich — wenn das auch vielleicht „Zukunftsmusik“ genannt werden möge — sehe ich für meine Person dem Tage entgegen, an dem weitere Fortschritte in der physiologischen Chemie uns möglicherweise in den Stand setzen mögen, subtile Unterschiede in der Zusammensetzung der Nerven und Muskeln zu erkennen. Sollte diese Hoffnung sich verwirklichen, so wird uns die physiologische Chemie vielleicht ermöglichen, das grosse Problem zu lösen, das in den letzten 25 Jahren so manche unter uns beschäftigt hat, nämlich, die Ursache für die geringere Widerstandsfähigkeit der Abductorfasern des N. laryngeus recurrens und der von ihnen versorgten Muskeln in Fällen organischer Erkrankung von Wurzeln oder Kernen der motorischen Kehlkopfnerven zu finden.

III. Mathematik einschliesslich Statistik.

Gelegentlich müssen auch die Hülfsquellen der Mathematik für unsere Specialitäten dienstbar gemacht werden. So erwies es sich z. B. vor einigen Jahren bei meinen Untersuchungen über die Ruhelage der Stimmbänder beim Menschen, wobei ich graduirte Kehlkopfspiegel benutzte, als nothwendig, die beträchtliche Differenz zwischen der thatsächlichen und anscheinenden Länge der gemessenen Entfernung richtig zu stellen. Die Differenz liess sich genau durch eine mathemathische Formel ausdrücken.

In gleicher Weise misst Dr. Gevers in Löwen in einer neuen Arbeit über die Aërodynamik der Luftwege auf mathematischem Wege die Durchgängigkeit der Nasenhöhlen. Im Ganzen muss jedoch zugegeben werden, dass die Be-

ziehungen zwischen reiner Mathematik und Laryngologie, Otologie und Rhinologie nur entfernter Natur sind.

Die Sache gewinnt jedoch einen ganz anderen Anblick, wenn wir die Wissenschaft der Statistik als eine Form angewandter Mathematik definiren und unter diesem Gesichtspunkt die Verwendung, die sie in unseren literarischen Arbeiten findet, betrachten.

Immer häufiger in den letzten Jahren ist die statistische Methode von uns nicht nur herangezogan, sondern es ist ihr auch in Fragen von grösster Bedeutung für Laryngologie, Otologie und Rhinologie eine entscheidende Stimme eingeräumt worden. Es dürfte daher wohl nicht unangebracht sein, an dieser Stelle die aufrichtige Hoffnung auszusprechen, dass diejenigen, die sich dieser Methode zur Entscheidung strittiger Punkte in unserer eigenen Wissenschaft bedienen, sich zuerst mit den allgemeinen Grundsätzen dieser Methode selbst vertraut machen mögen. Die Nichtbeachtung dieser Vorsicht hat in mehr als einem Fall nicht nur zu irrigen wissenschaftlichen Schlüssen, sondern zu beklagenswerthen practischen Resultaten geführt.

Ich will dies nur durch ein Beispiel veranschaulichen:

In keinem Capitel auf dem Gebiet unserer eigenen Specialdisciplinen hat die statistische Methode in den letzten Jahren häufiger Anwendung gefunden, als in dem vom Kehlkopfkrebs. In der That beurtheilen die meisten Chirurgen die Frage, ob die einzelnen heutzutage zur Behandlung dieser furchtbaren Krankheit geübten Operationen von Nutzen sind oder nicht, ausschliesslich auf Grund von Statistiken, die die Resultate der verschiedenen Operationsmethoden wiedergeben. Unglücklicherweise jedoch sind manche Forscher, die solche Statistiken zusammengestellt haben, in höchst empirischer Weise zu Werke gegangen. Sie haben einfach in ein und derselben Rubrik alle jemals vorgenommenen Operationen desselben Typus verzeichnet, ohne unerlässliche Unterscheidungen, wie die folgenden, zu machen:

1. Den Stand unserer Kenntnisse zur Zeit, in der jede Operation vorgenommen wurde.

2. Die enorm verschiedenen individuellen Verhältnisse in den Fällen, die ein und derselben Operation unterworfen wurden.

3. Die Fortschritte, die sich allmälig in der Technik dieser Operationen entwickelt haben.

Die Folgen eines solchen Vorgehens waren, wie für jeden, der den Principien der Statistik je Beachtung geschenkt hat, klar ersichtlich ist, naturgemäss bedauerlich. Die werthvollsten Operationsmethoden, wie die Thyreotomie, geriethen in Misskredit, in dem sie sich leider noch befinden, weil einige Verfasser solcher Statistiken nicht sehen wollen oder können, dass eine Thyreotomie, die — wir wollen sagen — im Jahre 1870 vorgenommen worden ist, himmelweit von einer im Jahre 1904 unter gänzlich veränderten Verhältnissen der Diagnosestellung und Technik vorgenommenen Thyreotomie ist! — Demnach werfen sie ohne Berücksichtigung jener ungemein bedeutungsvollen Unterscheidungen alle Thyreotomien, die je gemacht worden sind, zusammen und schreiten dann mit Seelenruhe zur Verzeichnung der Nettoresultate. Als natürliche Folge solcher geradezu

irreleitenden Statistiken hat sich ergeben, dass der wahre Werth der Thyreotomie in geeigneten Fällen zur Zeit bei weitem nicht allgemein genug anerkannt ist, und diejenigen, die diese Operation während der letzten 15 Jahre in wirklich geeigneten Fällen mit glänzenden Erfolgen ausgeführt haben, müssen noch bis zu dieser Stunde einen mühseligen Kampf gegen diejenigen führen, die ein blindes Vertrauen in die eben beschriebene unzulängliche Art von Statistiken setzen. Es möge daher bei dieser Gelegenheit von Neuem dem Wunsche Ausdruck gegeben sein, dass jeder Mediciner, der an die Lösung einer medicinischen Frage vom statistischen Standpunkte aus herangeht, sich gründlich mit den Regeln für seine Berechnungen vertraut macht, bevor er dieselben auf die Frage, die er studiren will, anwendet.

IV. Meteorologie und Klimatologie.

Nur wenige Worte sind erforderlich über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntniss hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Meteorologie und Oto-Laryngologie. Je mehr wir über den Einfluss lernen, den klimatische und meteorologische Verhältnisse auf gewisse Krankheiten ausüben, desto nothwendiger erweist es sich für uns, diese Verhältnisse zum Nutzen für unsere Patienten zu studiren. Wir werden schwere Missgriffe vermeiden, wenn wir sie nicht an Orte schicken, die, wohl für andere Krankheiten geeignet, für ihren speciellen Fall aber nicht angebracht sind. Diese allgemeine Regel, auf unsere Specialdisplininen angewandt, tritt ganz besonders für die Kehlkopftuberculose und den Mittelohrkatarrh in Kraft. Hinsichtlich der ersteren brauche ich nur daran zu erinnern, dass heute die Meinungen darüber, ob Höhenplätze für Fälle von Lungenschwindsucht mit Kehlkopfcomplicationen geeignet sind oder nicht, äusserst getheilt sind; in Bezug auf den Mittelohrkatarrh hört man oft, dass Seeplätze einen ausgesprochen ungünstigen Einfluss auf ihn ausüben. Die Beziehungen zwischen Meteorologie und Klimatologie gehen natürlich weiter, als es in den eben angeführten Beispielen angedeutet ist und sicherlich wird ihnen die Beachtung, die sie verdienen, zu Theil werden.

V. Philosophie, Logik, Geschichte und Literatur.

Ueber den Zusammenhang von Philosophie, Logik, Geschichte und Literatur mit der Laryngologie, Rhinologie und Otologie möchte ich einige Worte gemeinsam sagen, da ihre Beziehungen zu unseren Specialwissenschaften einander ähnlicher Art sind. Sie liegen nicht so zu Tage und sind nicht so handgreiflicher Natur, wie die zur Physik, Chemie, Mathematik und den anderen Gebieten menschlicher Geistesthätigkeit, von denen nachher die Rede sein soll, insofern es unmöglich ist, bestimmt ausgesprochene Punkte namhaft zu machen, in denen ihre Ergebnisse sich mit ebenso bestimmten ausgesprochenen Punkten unserer besonderen Interessensphäre berühren. Wenn aber auch ihre Beziehungen zu unserer Thätigkeit mehr subtiler Art sind, so sind sie darum nicht minder eng und obendrein, wenn ich so sagen darf, alldurchdringend. Der philosophisch veranlagte Specialist wird seine eigene Thätigkeit und die Aufgaben seiner Specialität von einem viel weiteren Gesichtspunkte aus betrachten, als der Mann, dessen Horizont durch die beschränkten und mehr oder minder engherzigen Lehren einer bestimmten Schule

verdunkelt ist. Er wird sich von den Modeschwankungen des Augenblicks nicht mitreissen lassen und wird sich trösten, wenn er sieht, dass nicht nur das Publikum, sondern auch manche seiner Fachgenossen zeitweise angesichts einer neuen sensationellen Entwicklung, die nach Meinung ihres Urhebers und seiner Schüler uns das tausendjährige Reich zu bringen bestimmt sein soll, den Kopf verlieren; er wird sich trösten mit Ben Akiba's unsterblichem Wort: „Alles schon dagewesen" und mit dem Gedanken, dass in wenigen Jahren dieselbe Schaar der Gläubigen vor einem anderen goldenen Kalb anbetend niedersinken wird. Der Mann, der logisch zu denken gelernt hat, wird sich, wenn er eine Arbeit schreibt, nicht auf schreienden Widersprüchen mit sich selbst ertappen lassen und wird, wenn er eine Kette von Gedanken entwickelt, diese Reihe zu dem einzig möglichen Schluss führen. Der Autor, der seine literarischen Studien nicht auf das Lesen ausschliesslich medicinischer Erzeugnisse beschränkt, der in Kenntniss alles Schönen in der Literatur früherer und gegenwärtiger Zeit herangebildet ist und ein warmes Herz für das poetisch und literarisch Hervorragende in der Literatur aller Völker besitzt, wird auch sein eigenes Werk für den Leser anziehend gestalten und wird es verstehen, selbst schwer verständlichen wissenschaftlichen Fragen einen klaren Ausdruck zu verleihen. Und ferner: der Laryngologe und Otologe, der etwas von Geschichte überhaupt und von der Geschichte der Entwicklung seiner eigenen Specialität im Besonderen weiss, wird beim Vergleich der Ergebnisse unserer Zeit mit denen unserer Vorgänger einen unendlich höheren Standpunkt einnehmen, als der Mann, für den Alles, was zehn Jahre vorher veröffentlicht worden ist, nur „alte Geschichte" ist und nicht des Lesens werth. Vor allem wird er aus den Lehren der Vergangenheit die eine grosse Wahrheit gelernt haben, dass, eine wie wichtige Entdeckung er selbst auch gemacht zu haben glaubt, ihm Bescheidenheit ziemt angesichts dessen, was vor ihm geleistet worden ist.

Es ist äusserst verlockend, das, was ich eben gesagt habe, an den Schriften einiger unserer Collegen zu veranschaulichen, deren wissenschaftliche Erzeugnisse sich durch Anmuth des Stils, durch Klarheit des Ausdrucks, durch unerbittliche Logik des Denkens und tiefe Kenntniss von Geschichte und Literatur anderer Gegenstände auszeichnen, aber abgesehen von der Frage der Länge dieses Vortrages, die wie ein Damoklesschwert über mir hängt, würde ein solches verführerisches Unternehmen seine bedenklichen Seiten haben. Ich hoffe jedoch, dass Niemand darüber Groll empfinden wird, wenn ich, bevor ich mich von diesem Gegenstand abwende, voller Bewunderung auf die Arbeiten zweier amerikanischer Specialisten hinweise, die die Wahrheit dessen, was ich eben gesagt habe, illustriren, nämlich auf die ausgezeichneten geschichtlichen und literarischen Untersuchungen von Dr. John Mackenzie aus Baltimore, die manchen seiner Schriften ein ganz besonderes Gepräge geben, und auf die neue grossartige Geschichte der Laryngologie und Rhinologie von Dr. Jonathan Wright, ein Werk, das infolge der ungewöhnlichen Vereinigung aller der philosophischen, literarischen und historischen Eigenschaften, von denen ich sprach, meiner festen Ueberzeugung nach in der Literatur unserer Specialwissenschaften als ein klassisches bestehen wird.

VI. Technologie.

Wenige Worte müssen genügen, um Sie an die grosse Bedeutung zu erinnern, die jeder technologische Fortschritt für diejenigen hat, deren Thätigkeit in der Behandlung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten besteht. Von Jahr zu Jahr gestalten sich diese Specialitäten mehr und mehr zu Zweigen der Chirurgie, und so beschäftigt uns constant die Frage nach der chirurgischen Ausrüstung. Die meisten unserer Instrumente sind zweifellos von Specialisten selbst erfunden; in einer nicht kleinen Zahl von Fällen sind wir jedoch nur im Stande, dem Instrumentenmacher die leitende Idee anzugeben, deren Erfolg oder Nichterfolg von dem constructiven Talent des letzteren abhängt. Es kommt nicht selten vor, dass Patienten selbst Verbesserungen an schon vorhandenen Instrumenten oder Apparaten angeben. So wurde der sinnreichste und gleichzeitig einfachste Sprechapparat zum Gebrauch für Patienten, die zeitweilig oder für immer zum Tragen einer Canüle verurtheilt sind, den ich je gesehen habe, von einem Uhrmacher angefertigt, der das Unglück hatte, selbst zu dieser Klasse von Patienten zu gehören. Ein Blick auf die unzähligen „Modificationen“ von allgemein gebrauchten Instrumenten, die in den Katalogen der verschiedenen Instrumentenmacher empfohlen werden, zeigt die Innigkeit und Wichtigkeit unserer Beziehungen zur Technologie, und ich möchte Sie am Schluss dieses Hinweises nur an die Umwälzung erinnern, die sich im Stillen an unserem Instrumentarium während der letzten Jahre vollzogen hat, wo entsprechend der grossen Bedeutung der aseptischen Chirurgie es unser Ziel geworden ist, alle Instrumente aus Metall anfertigen zu lassen und Holz gänzlich zu verbannen.

VII. Musik.

Wir kommen nunmehr zu einem höchst verlockenden Thema — den Beziehungen der edlen Kunst der Musik zu Laryngo-Rhino-Otologie. Die Innigkeit dieser Beziehungen liegt offen zu Tage: ohne das, was man „ein musikalisches Ohr“ nennt, ist Musik eine Unmöglichkeit; ohne einen gesunden Kehlkopf ist Singen undenkbar. Wenn ich von einem „musikalischen Ohr“ spreche, so meine ich natürlich die Controle, die das Ohr an der Technik des Musikausführenden übt; dass Musik in ihrer höchsten Vollendung ganz oder doch fast ganz unabhängig von der Hörfähigkeit ist, wird durch nichts klarer bewiesen, als durch das Beispiel tauber Componisteu, deren „innere Stimme“, um mit Robert Schumann zu sprechen, sie über die anscheinend unerlässliche Fähigkeit zu hören hinweghebt. Beethoven war taub, als er die neunte Symphonie schrieb, und es lässt sich nichts Ergreifenderes denken, als die verbürgte Thatsache, dass, als nach ihrer ersten Aufführung die Zuhörerschaft in einen unbeschreiblichen Begeisterungssturm ausbrach, eine der Sängerinnen den tauben Meister auf seinem Stuhl herumdrehen musste, damit er den Beifall, den er — ach! — nicht mehr hören konnte und mit dem das Wiener Publikum diese wahrscheinlich grösste Composition aller Zeiten begrüsste — wenigstens sähe! Aber selbst in diesem exceptionellen Falle tritt die enge Beziehung der Musik zu der physischen Fähigkeit des Gehörs in charakteristischer Weise zu Tage. Hätte dem grossen Componisten beim Schlusschor das musikalische Gehör geholfen, so glaube ich nicht, dass er die Sopran-

partien so geschrieben hätte, wie er es that, nämlich zu hoch, um ohne grosse Anstrengung von der Stimme erreicht zu werden, und in ihrer Wirkung dem Ohr des gewöhnlichen Hörers nicht durchgehends angenehm klingend.

Für den Zusammenhang von Laryngologie und Gesang kann sicherlich keine bezeichnendere Thatsache angeführt werden, als dass das Laryngoskop, auf dem die moderne Laryngologie beruht, die Erfindung nicht eines Mediciners, sondern eines Sängers ist, des verehrungswürdigen Señor Manuel Garcia, dem ein gnädiges Geschick es vergönnt hat, in ungeschmälertem Besitz all seiner körperlichen und geistigen Kräfte im patriarchalischen Alter von 100 Jahren zu leben und dessen 100jährigen Geburtstag wir mit Gottes Hülfe im März nächsten Jahres zu feiern hoffen. Dieses glückliche Ereigniss wird, wie ich beiläufig bemerken möchte, mit dem fünfzigjährigen Jubiläum der Laryngologie zusammenfallen, insofern Garcia's epochemachende Arbeit, die er der Royal Society of London im Jahre 1854 unter dem Titel: „Physiologische Beobachtungen über die menschliche Stimme" vorlegte, im Jahre 1855 in den Verhandlungen dieser Gesellschaft (Vol. XII, No. 13) veröffentlicht wurde. Garcia wurde zu seiner Entdeckung durch den bei einem intelligenten Sänger natürlichen Wunsch geführt, die physiologischen Eigenschaften des wunderbarsten aller Instrumente, der menschlichen Stimme, durch directe Besichtigung seiner Bestandtheile während des Singactes zu studiren. Seit jener Zeit sind vielfache Bemühungen gemacht worden, die durch den Kehlkopfspiegel gefundenen Thatsachen für die Gesangskunst nutzbar zu machen. Wahrheitsliebe aber zwingt mich zu gestehen, dass diese Bemühungen bisher weniger erfolgreich gewesen sind, als man eigentlich hätte erwarten sollen. Es ist für den Kehlkopfspiegel in Anspruch genommen worden und wird es noch, dass derselbe für die verwickelten Fragen, die bezüglich der Production der Singstimme auftauchen, als Gesetzgeber anerkannt werden solle; aber, wie ich bereits bei einer früheren Gelegenheit gesagt habe: in Bezug auf den Gesangsunterricht giebt es keine „höhere Weisheit", die auf laryngoskopischen Beobachtungen beruht. Heute, wie in früheren Tagen, wird der Lehrer, der seinen Unterricht auf den klassischen Ueberlieferungen der Gesangskunst begründet und der in jedem seiner Obhut anvertrauten Falle sorgfältig individualisirt, sicherlich mehr Erfolge haben, als der Theoretiker, der, von vorgefassten Ideen ausgehend, deren Richtigkeit nicht erwiesen ist, den natürlichen Mechanismus der Stimmen seiner Schüler unter seine unbeugsame Formel zwingt und damit in nicht wenig Fällen denselben zu Grunde richtet.

Diese Warnung hat natürlich nicht den Zweck, Laryngologen und Gesanglehrer irgendwie von einer Vereinigung ihrer Kräfte zur Entscheidung stimmphysiologischer Fragen abzuschrecken; neuere Arbeiten, wie die von Holbrook Curtis, Flatau, Bukofzer und Imhofer zeigen, wie werthvoll die Unterstützung der Laryngologen für die Thätigkeit des Gesanglehrers in Fragen, wie z. B. die Methode der Intonation, sein kann, ein Punkt, an dem sich Kunst und Wissenschaft auf's Engste berühren. Zukünftigen anatomischen und physiologischen Untersuchungen wird es vorbehalten sein, die verlockenden Fragen von der gegenseitigen Abhängigkeit der Centren und Bahnen für Gehör und Tonbildung im Gehirn zu lösen. Die zur Zeit vorliegenden Thatsachen genügen nicht zum

völligen Verständniss dafür, welcher Art die zu- und ableitenden Fasern sind, durch die Eindrücke zu und von den Centren geleitet werden, wie dieselben in Willensimpulse umgesetzt werden und wie sie den gewünschten Ton der Stimme hervorbringen.

Für die Zwecke dieses Vortrages werden, wie ich hoffe, die vorstehenden kurzen Bemerkungen genügen, um zu zeigen, dass es keine bessere Illustration für die gegenseitige Beziehung der verschiedensten Künste und Wissenschaften giebt, als das Gebiet der Musik und besonders des Gesangs. Diese edle Kunst ist untrennbar verknüpft mit Laryngologie, Otologie und Rhinologie — denn die Nebenhöhlen der Nase dienen als Resonatoren für die im Kehlkopf gebildeten Töne — Anatomie, Physiologie und Physik.

VIII. Biologie.

Betrachten wir die Beziehung unserer Wissenszweige zur Biologie — wobei wir von dieser allgemeinen Bezeichnung die Anatomie und Physiologie des Menschen ausnehmen —, so findet auf dieses Verhältniss dasselbe Anwendung, was ich soeben vom Verhältniss der Musik zu unseren Specialdisciplinen sagte: es ist mehr von der Zukunft zu erwarten, als in der Vergangenheit erreicht worden ist. Zweifellos hat sich das Studium der vergleichenden Anatomie und Physiologie, besonders des entwickelungsgeschichtlichen Theils dieser Wissenschaften, als sehr nützlich erwiesen für unser Verständniss vom Entstehen, der allmäligen Entwicklung und schliesslicher Zusammensetzung der complicirten Organe erwiesen, mit denen wir es zu thun haben und in nicht wenigen Fragen, besonders in denen, die den nervösen Mechanismus des Kehlkopfs betreffen, sind die Lehren der Experimentalphysiologie von der grössten Bedeutung gewesen, insofern sie dazu beitrugen, die schwierigen Probleme zu lösen, die uns auf diesem Gebiete beschäftigen. Nichtsdestoweniger glaube ich keinen Widerspruch zu finden, wenn ich sage, dass wir für die Aufklärung schwieriger Fragen, denen wir in der Laryngo-Oto-Rhinologie gegenüberstehen, noch weit mehr von der Fortsetzung unserer biologischen Studien erwarten können.

IX. Medicin.

Schliesslich — und last, not least — habe ich die Beziehungen der Laryngo-Oto-Rhinologie zu anderen Zweigen unserer grossen Mutterwissenschaft, der Medicin, zu erörtern. Das Thema ist so gross, dass, um ihm gerecht zu werden, nicht ein, sondern eine Reihe von Vorträgen nothwendig wäre. Bei jedem Schritt wird der Specialist, der einen offenen Blick hat, an den Zusammenhang seines begrenzten Arbeitsfeldes mit anderen Gebieten medicinischer Kunst und Wissenschaft erinnert.

Anatomie, Physiologie, Pathologie. Er kann nichts Nutzbringendes wirken ohne eine intime Kenntniss von der Anatomie der seiner Obhut anvertrauten Organe und ihren anatomischen Beziehungen zu angrenzenden oder auch entfernteren Körpertheilen. Um krankhafte Veränderungen von Nase, Hals und Ohr verstehen zu können, muss er mit der Thätigkeit dieser Organe während der Gesundheit, mit anderen Worten ihrer Physiologie, gründlich vertraut sein. Wo

immer die klinische Beobachtung unzureichend ist oder auf falscher Fährte sich befindet, kann er an keinen besseren Helfer sich wenden, als die pathologisch-anatomische Untersuchung. Es darf glücklicherweise gesagt werden, dass die Ueberzeugung enger Zusammengehörigkeit mit den drei genannten Wissenschaften in uns immer lebendiger wird. Wir überlassen die Untersuchung anatomischer, physiologischer und pathologischer Probleme, die unsere Specialitäten betreffen, nicht mehr ausschliesslich den Händen der Professoren dieser Fächer; eine grosse Anzahl von sehr werthvollen Beiträgen zur Aufklärung solcher Probleme ist in den letzten Jahren von Angehörigen unserer eigenen Specialdisciplinen geliefert worden und in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen hat das Zusammenarbeiten von Laryngologen, Rhinologen und Otologen mit reinen Anatomen, Physiologen und Pathologen die werthvollsten wissenschaftlichen Ergebnisse zu Tage gefördert.

Es genügt, an die anatomischen Arbeiten von B. Fraenkel und seiner Schüler, von Broeckaert, Onodi, Paul Heymann, Elsberg, Carl Seiler, Körner, Jelenffy, Killian, Politzer, Gruber, Urban Pritchard, Tilley, Logan Turner, Kanthack, Seifert, Siebenmann, Gouguenheim und Lermoyez zu erinnern; an die physiologischen Untersuchungen von Schech, Grabower, H. Krause, Katzenstein, Klemperer, Fraenkel, Hooper, Bryson Delavan, Frank Donaldson jun., Desvernine, Réthi, Hajek, Zwaardemaker, Greville Mac Donald; an die pathologischen Studien von Heinze, Grünwald, Kuttner, Seifert, Kahn, Heryng und Butlin, sowie an die gemeinsamen Arbeiten von B. Fraenkel und Gad, von Bowditsch und Donaldson, von v. Mering und Zuntz, von Mikulicz und Michelson, zu denen ich mir vielleicht erlauben darf, die von Victor Horsley und mir selbst unternommenen Untersuchungen hinzuzurechnen — um zu zeigen, dass das oben Gesagte keine blosse Behauptung darstellt, sondern auf feststehenden Thatsachen begründet ist. Auf der anderen Seite erkennen wir dankbar die sehr wichtige Unterstützung an, die unsere laryngologischen Kenntnisse von so ausgezeichneten Anatomen, Physiologen und Pathologen, wie Luschka, Sappey, Zuckerkandl, Exner, Hermann Munk, Richard Ewald, Risien Russell, Bechterew und Anderen erfahren haben. Und doch sind dies, wie ich ausdrücklich sagen möchte, nur einige auf's Geradewohl aus dem Gedächtniss geschöpfte Namen von solchen, die in den letzten 20 Jahren unsere Kenntniss von Anatomie, Physiologie und pathologischer Histologie der Nase, des Halses und des Ohres enorm gefördert haben.

Bakteriologie. Von der pathologischen Anatomie ist nur ein Schritt zu der jüngsten Entwicklungsstufe dieser Wissenschaft, der Bakteriologie. Hier zeigt sich wieder überall das enge Verhältniss unserer Specialdisciplinen zu dieser neuen Wissenschaft. Aus der bakteriologischen Untersuchung des Auswurfs entnehmen wir in Fällen, in denen die klinische Untersuchung von Nase, Rachen, Kehlkopf oder Ohr uns in Zweifel darüber lässt, ob wir es mit Tuberculose zu thun haben, die wahre Natur der Affection, die unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt; wir unterscheiden mit Hülfe der bakteriologischen Untersuchung zwischen wahrer Diphtherie, Angina Vincentii und anderen Formen septischer

Entzündung von Mund- und Rachenhöhle; die Anwendung von Antitoxin ermöglicht bei der Diphtherie, dieser Geissel der Menschheit, ein unendlich erfolgreicheres Eingreifen, als in irgend einem früheren Stadium unserer Kenntnisse; wir ermitteln bei jenen furchtbaren, obwohl glücklicherweise seltenen Fällen, die ich unter dem Namen „Acute septische Entzündungen in Rachen und Hals" zusammengefasst habe, die Natur des besonderen pathogenen Mikroorganismus, der im gegebenen Falle den Krankheitserreger darstellt, und obwohl wir heute noch keineswegs Herren der Situation sind, gelingt es uns doch in einer gewissen Zahl dieser Fälle, besonders in solchen, bei denen der Streptococcus die septische Entzündung verursacht, durch Anwendung des Antistreptokokken-Serums den sonst unvermeidlichen tödtlichen Ausgang abzuwenden. Thatsache ist, dass ein fast unbeschränkter Ausblick auf weitere Fortschritte sich für unsere Specialitäten bei einer Anzahl von früher schwer zu behandelnden Krankheiten infolge der Geburt und des Aufblühens der Bakteriologie eröffnet hat.

Innere Medicin. Auf den Zusammenhang von Laryngologie, Rhinologie und Otologie mit der inneren Medicin ist es kaum erforderlich, des Näheren einzugehen. Wenn es auch natürlich eine Anzahl von localen Erkrankungen jener Organe giebt, die durchaus auf diese beschränkt bleiben, so ist doch in einer anderen sehr grossen Zahl die Affection, für die die Hülfe des Specialisten aufgesucht wird, nur Theil und Stück einer Systemerkrankung, und es scheint hohe Zeit, wie ich bereits an einer anderen Stelle zu zeigen mich bemüht habe, dass nicht nur das Publikum, das zu der Anschauung gelangt ist, jede Affection in Hals, Nase und Ohr müsse local behandelt werden, sondern auch manche heissblütige Specialisten zu dem Verständniss kommen, dass in solchen Fällen nicht so sehr eine locale, wie eine constitutionelle Behandlung angezeigt ist. Es giebt Fälle von allgemeiner Anämie, von periodischen Kreislaufstörungen, von allgemeiner Plethora, von nervöser Erregbarkeit, von Gicht, bei denen, ohne dass in Hals, Nase oder Ohr irgend eine thatsächliche Veränderung vorhanden ist, unangenehme Empfindungen in diesen Theilen verspürt werden; diese können nur dann mit Erfolg behandelt werden, wenn die allgemeinen Verhältnisse, von denen diese localen Sensationen abhängen, beachtet werden. Auf der anderen Seite sind thatsächliche organische Veränderungen an diesen Theilen oft genug von der grössten Bedeutung für die Diagnose und geeignete Behandlung schwerer Allgemeinerkrankungen. Um nur ein paar Beispiele anzuführen: Lähmung eines Stimmbandes kann lange Zeit hindurch das einzige thatsächliche mit den uns bisher zu Gebote stehenden Mitteln auffindbare Anzeichen eines Aneurysma der Aorta oder anderer Mediastinaltumoren, oder von Veränderungen in der hinteren Schädelhöhle oder von pleuritischen Schwarten an der rechten Lungenspitze, oder von Speiseröhrenkrebs und von einer Menge anderer schwerer Organerkrankungen darstellen; gewisse laryngoskopische Anzeichen ermöglichen es uns, das Bestehen einer Lungentuberculose zu einer Zeit zu diagnosticiren, wo alle alle anderen Symptome fehlen; die Killian'sche Bronchoskopie, eine der werthvollsten modernen Bereicherungen unserer diagnostischen und therapeutischen Ausrüstung, gestattet uns, Fremdkörper selbst aus den kleineren Bronchialästen zu entfernen; chronische Verstopfung der Nase übt zweifellos einen ungünstigen Einfluss auf

die Gesundheit aus, eine Thatsache, die am deutlichsten durch die überraschende Besserung im Allgemeinbefinden nach Entfernung adenoider Vegetationen bei ausgesprochenen Fällen bewiesen wird; man weiss heute, dass ein Cerebralabscess sehr viel häufiger, als man noch vor wenigen Jahren glaubte, auf Erkrankungen des Mittelohrs und des Warzenfortsatzes zurückzuführen ist: auch sind diese Abscesse der Behandlung unendlich viel zugänglicher gemacht worden, als man in früheren Zeiten zu hoffen wagte. Ich will Sie ferner an die Häufigkeit von Affectionen in Hals, Nase und Ohr bei Infectionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken, Typhus und Influenza, erinnern, ferner an die Erscheinungen von Gicht, Rheumatismus und Syphilis an diesen Theilen. Diese Aufzählung könnte leicht noch fortgesetzt werden; ich hoffe aber, dass die angeführten Beispiele für den Nachweis der nahen Beziehungen zwischen unseren Specialfächern und der inneren Medicin genügen werden.

Chirurgie. Wenn ich eben sagte, es sei fast überflüssig, auf die Intimität unserer Beziehungen zur inneren Medicin hinzuweisen, so trifft dies in noch höherem Grade auf unseren Zusammenhang mit der Chirurgie zu, denn unsere Specialfächer gestalten sich täglich mehr zu Zweigen der Chirurgie selbst. Ich habe bei einer anderen Gelegenheit meiner Ueberzeugung Ausdruck gegeben, dass es in der Natur der Dinge liegt, wenn ein Theil des menschlichen Körpers infolge der Fortschritte der Wissenschaft für Auge und Hand zugänglicher geworden ist, dass dann die Behandlung dieser Körpertheile allmälig von der inneren Medicin an die Chirurgie übergeht. Das ist letzthin in Bezug auf die Entwicklung der Laryngologie, Otologie und Rhinologie so sehr der Fall gewesen, dass, wenn im weiteren Verlauf eine Gefahr vorhanden ist, diese nicht in einer Unterschätzung, sondern vielmehr in einer Uebertreibung der Idee zu erblicken ist, dass mit dem Vorhandensein einer Affection in Hals, Nase oder Ohr unabänderlich auch der Gedanke an einen chirurgischen Eingriff verbunden werden müsse. Dies ist jedoch ein Thema, über das ich mich bei dieser Gelegenheit nicht weiter verbreiten will; im Gegentheil möchte ich lieber die glänzenden Erfolge anerkennen, die in den letzten Jahren — und zwar, wie ich mit Genugthung hinzufügen kann, meist von Specialisten — in der chirurgischen Behandlung der Anfangsstadien des Kehlkopfkrebses durch Thyreotomie, der Nebenhöhlenerkrankungen und der Septumverbiegungen, in der Radicalbehandlung der Warzenfortsatzerkrankung und in der Entfernung von Fremdkörpern aus Bronchien und Speiseröhre gemacht worden sind. Alle diese Ergebnisse gehören zu den wahrhaften Triumphen der modernen Chirurgie.

Kinderkrankheiten. Der grosse Procentsatz von Kindern, den man in den Ambulatorien und Privatsprechstunden der Hals-, Nasen- und Ohrenspecialisten erblickt, legt ein beredtes Zeugniss ab für den engen Zusammenhang von Kinderkrankheiten und Affectionen der Gehör- und oberen Athmungsorgane. Hier ist vor allem der adenoiden Vegetationen und ihres weitreichenden Einflusses auf die allgemeine Entwicklung zu gedenken, eines Einflusses, von dem nur aufrichtig zu wünschen ist, dass er nicht übertrieben werden möge. — Da sind ferner die Infectionskrankheiten des Kindesalters, in deren Verlaufe Complicationen von seiten der Ohren, des Halses und der Nase eine grosse Rolle spielen. Es ist er-

freulich festzustellen, wie viel mehr Aufmerksamkeit Regierung und Gesundheitspolizei der Beschaffenheit der oberen Athmungswege und der Ohren bei den Kindern heutzutage erweisen, als dies noch vor einigen Jahren der Eall war, und zu lesen, wie immer häufiger Untersuchungen der Schulkinder auf ihre Hör- und Athemfähigkeit in den verschiedenen Ländern der Welt angestellt werden. Das ist sicher der richtige Weg, um das Wohl der Allgemeinheit zu fördern.

Ophthalmologie. Während in Nordamerika eine Reihe von Jahren hindurch die specialistische Behandlung von Augen-, Hals-, Ohren- und Nasenkrankheiten in einer Hand vereint war, sowohl in der Privat- wie in der Hospitalspraxis, ist es verhältnissmässig jungen Datums, dass man auf die engen Beziehungen zwischen Erkrankungen des Auges und der Nase aufmerksam geworden ist. Bahnbrechend nach dieser Richtung hin ist zweifellos Dr. Ziem in Danzig gewesen. Seitdem er vor ungefähr 20 Jahren seine erste Arbeit veröffentlichte, haben wir in Bezug auf die Bedeutung dieses Zusammenhangs viel hinzugelernt. Der Leser, der nicht selbst auf diesem Gebiet gearbeitet hat, wird überrascht sein, wenn er aus dem neuen glänzenden Beitrag zu dieser Frage, der aus der Feder Prof. Schmiegelow's in Kopenhagen stammt, sieht, wieviel seit den ersten Untersuchungen Ziem's auf diesem Felde veröffentlicht worden ist und wieviel mehr noch zu thun übrig bleibt.

Dermatologie und syphylitische Erkrankungen. Auch hier ist der enge Zusammenhang zwischen Erscheinungen auf der äusseren Haut und ähnlichen auf der Schleimhaut eine feststehende Thatsache. Das Capitel von der Syphilis des Halses, der Nase und des Ohrs gehört zu den wichtigsten auf unserem Gebiet und sobald wir auf eine unklare Affection treffen, muss stets die Möglichkeit der Syphilis in Erwägung gezogen werden. Andererseits sind Ausschläge auf der Schleimhaut des Rachens, der Nase und des Kehlkopfs nicht allein häufige Begleiterscheinungen analoger Hautaffectionen, sondern sie können derartigen äusseren Symptomen auch vorausgehen und sogar lange Zeit hindurch auf die Schleimhäute beschränkt bleiben. So treten Lupus, Herpes, Pemphigus, Lichen und eine Schaar anderer Ausschläge bisweilen zuerst in den unserer Behandlung anvertrauten Organen auf und können den Specialisten, der nur eine geringe Kenntniss der Hautkrankheiten hat, in Verlegenheit bringen.

Neurologie und Geisteskrankheiten. Als ich die Beziehungen unserer Specialdisciplinen zur inneren Medicin erörterte, habe ich bereits gelegentlich die Bedeutung der Kehlkopflähmung für die Erkennung einiger der schwersten intrathoracischen Erkrankungen erwähnt. Die Laryngologie hat jedoch nicht nur in Verbindung mit diesen, sondern auch mit zahlreichen Affectionen des Centralnervensystems die grösste Wichtigkeit für die Neurologie. Die Auffindung einer Kehlkopflähmung kann das erste Zeichen für das Bestehen einer Erkrankung im Centralnervensystem sein, und das zeigt sich bei keiner Erkrankung deutlicher, als bei der Tabes dorsalis. Ferner begleiten Neurosen der Riechnerven nicht selten wichtige intracranielle Erkrankungen. So kann bei Hysterie, Basilarmeningitis und motorischer Ataxie Anosmie vorkommen, so kann Parosmie bei Hysterie, Epilepsie und Hypochondrie sich finden oder Geistesstörungen noch schwererer Art vorausgehen. Affectionen des inneren Ohres und der Hörnerven kommen bei vielen

Erkrankungen des Centralnervensystems vor. Gehörshallucinationen, wie das Hören von Stimmen, können verschiedene Arten von Geisteskrankheiten begleiten oder sogar einleiten und die Symptome der Menière'schen Krankheit kommen wahrscheinlich ebenso oft unter die Beobachtung des Neurologen wie des Ohrenarztes.

Ich stehe davon ab, in eine weitere Aufzählung von Zweigen der Medicin einzutreten, mit denen unsere Specialitäten gemeinsame Berührungspunkte haben. Mein Verzeichniss ist keineswegs erschöpft und ich kann Sie als Beweis dafür nur an ihren Zusammenhang mit der Zahnheilkunde erinnern, wobei der Berührungspunkt in den Erkrankungen der Highmorshöhle gegeben ist. — In der That darf ausgesprochen werden, dass es schwerlich irgend ein Fach der Medicin giebt, das nicht gelegentlich mit Interessen der Laryngologie, Rhinologie oder Otologie in Berührung kommt.

Ich hätte zum Schluss gern bei den Beziehungen der drei Specialdisciplinen zu einander verweilt, eine Frage, über die ich meine eigenen Ansichten habe. Abgesehen jedoch davon, dass ich mich innerhalb der gesetzten Zeitgrenze halten muss, würde es nicht am Platze sein, Streitpunkte in einen Vortrag wie diesen, einzuführen. Auch habe ich bei mehr als einer früheren Gelegenheit meine Ansichten über diesen höchst wichtigen Gegenstand so klar wie möglich ausgesprochen.

Und nun, meine Herren, da ich mich am Ende meiner Aufgabe sehe, lassen Sie mich sagen, dass Niemand sich peinlicher bewusst sein kann, als ich es bin, wie unvollkommen ich sie erfüllt habe! — Ich hatte die Absicht, Ihnen ein Gemälde voller Leben vor Augen zu führen und nun, da ich zurückschaue, muss ich mir selbst gestehen, dass ich Ihnen wenig mehr als einen Rahmen geliefert habe, den Ihre eigene Kenntniss und Einbildungskraft ausfüllen muss. Ich hatte gehofft, Ihnen für jede meiner Behauptungen ausführliche Belege zu geben und ich sehe, dass meine Arbeit wenig mehr ist als eine Art Catalog, in dessen Rubriken ich nur Andeutungen, keine sorgsamen Ausarbeitungen geben konnte.

Aber wenn ich auch diese Mängel ohne Vorbehalt einräume, so kann ich doch, wie ich hoffe, mit Recht geltend machen, dass das mir zugetheilte Thema von einer derartigen Grösse ist, dass es fast unmöglich war, ihm innerhalb der mir gegönnten Zeit volle Gerechtigkeit angedeihen zu lassen. Aber so unvollkommen mein Auseinandersetzungen auch gewesen sein mögen, ich wage doch zu hoffen, dass sie durch den Nachweis von der engen Beziehung der Laryngologie, Otologie und Rhinologie mit menschlicher Thätigkeit auf so vielen anderen Gebieten von Kunst und Wissenschaft die Wahrheit von Goethe's unsterblichen Worten gezeigt haben:

> „Zwar ist's mit der Gedankenfabrik
> Wie mit einem Webemeisterstück,
> Wo ein Tritt tausend Fäden regt,
> Die Schifflein herüber, hinüber schiessen,
> Die Fäden ungesehen fliessen,
> Ein Schlag tausend Verbindungen schlägt."

und dass sie die warnenden, von mir am Anfang dieser Rede angeführten Worte meines grossen Lehrers Virchow mehr als gerechtfertigt haben: „dass keine Spe-

cialität gedeihen kann. welche sich gänzlich loslöst von dem Gesammtkörper der Wissenschaft, dass keine Specialität fruchtbar und segensreich sich entwickeln kann, wenn sie nicht immer wieder von Neuem schöpft aus dem gemeinsamen Born, wenn sie sich nicht verständigt mit den anderen Specialitäten, wenn sie alle sich nicht gegenseitig helfen und dadurch wenigstens, was sie für die Praxis vielleicht nicht immer nöthig hätten, doch für das Wissen jene Einheit erhalten, auf der unsere Stellung nach innen und — ich kann auch wohl sagen — nach aussen beruht“.

II. Referate.

a. Allgemeines, obere Luftwege, Medicamente.

1) **Schousboe** (Dänemark). **Bericht aus der oto-laryngologischen Abtheilung des St. Josephs-Hospital in Odense 1903. (Beretning fra den oto laryngologiske Afdeling i St. Josefs Hosp. Odense.)** *Odense 1904.*

Statistischer Bericht über 114 auf der Abtheilung behandelten Fälle. Der Bericht enthält dabei einen Aufsatz über Entzündung der Nebenhöhlen der Nase.

SCHMIEGELOW.

2) **Moses** (Köln). **Mittheilungen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 41. 1901.*

M. theilt auf der Versammlung der Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohrenärzte einen Fall von Carcinoma myxoides des Schläfenbeines und einen Fall von multiplen Kehlkopfpapillomen bei einem 11jährigen Knaben mit, die endolaryngeal operirt werden konnten.

SCHECH.

3) **C. T. Hansen** (Kopenhagen). **Behandlung des Lupus vulgaris durch Gefrieren mit Chloräthyl. (Behandling af Lupus vulgaris ved Frysning med Chloräthyl.)** *Hospitals Tidende. p. 877. 1903.*

Von 13 von dem Verf. behandelten Fällen wurden 2 geheilt, 2 gebessert. Anhangsweise werden die Erfahrungen Forchhammer's aus dem Lichtinstitute Finson's mitgetheilt. Dieser beobachtete 62 Patienten, die im voraus nach dieser Gefriermethode behandelt waren. Nur in 2 Fällen trat theilweise Heilung oder Besserung ein und in 28 hat die Behandlung den Zustand verschlimmert.

SCHMIEGELOW.

4) **B. Lönnqvist** (Helsingfors). **Ueber die Behandlung von Lupus mit Röntgenstrahlen. (Om behandling af lupus med Röntgenstraalar.)** *Finska Läkaresällskapets Handlingar. p. 239. März 1904.*

Verf. hat 12 Lupuspatienten mittelst Röntgenstrahlen behandelt. In 8 Fällen trat vollständige Heilung ein, in zwei Fällen konnte eine bedeutende Besserung constatirt werden. Das kosmetische Resultat war sehr schön. Die Behandlung hat 6 Monate gedauert.

SCHMIEGELOW.

5) **J. W. Hinkle. Eine Betrachtung über den Werth localer Behandlung der oberen Luftwege. (A consideration of the value of topical application to the upper air tract.)** *Therapeutic Gazette. 15. Mai 1904.*

Verf. kommt zu folgendem Ergebniss:

1. Insufflation von Pulver ist keine wirksame Form von Localbehandlung.

2. Inhalation von Dämpfen ist von Nutzen in den Anfangsstadien einer katarrhalischen Influenza.

3. Gurgeln ist von geringem Nutzen, wenn nicht der Patient speciell dazu eingeübt ist.

4. Douchen eignen sich besonders unter Anwendung alkalischer Lösungen für die Reinigung der Nase und des Nasenrachens.

5. Medicamente, die zu anderen Zwecken als dem der Reinigung angewandt werden, wirken hauptsächlich irritirend auf die Oberfläche der Schleimhaut, in Folge von Resorption in das Gewebe.

6. Massage ist ein werthvolles Mittel.

7. Locale therapeutische Application sind im Allgemeinen weniger wirksam als die Chirurgie bei der Behandlung der meisten chronischen Erkrankungen von Nase und Hals.

EMIL MAYER.

6) **John J. Barnhill. Die Anwendung von Acetozon in Otologie und Rhinologie. (The use of Acetozone in Otology and Rhinology.)** *Medicine. April 1904.*

Verf. hat sich des Acetozons zur Behandlung des Antrumempyems und nach dem Curettement der Stirnhöhle bedient und zwar verfügt er über 5Fälle von Antrumeiterung und zwei Stirnhöhlenfälle. In keinem Fall hat er irgendwelche durch das Mittel hervorgerufene Irritation gesehen, ausser in einem Fall von acutem Stirnhöhlenabscess, wo eine Schwellung und erythemartige Röthung der Haut in der Umgebung auftrat, unmittelbar nachdem das Mittel applicirt war. Später gebrauchte er es in diesem Fall in geringerer Concentration und sah dann keinerlei Störungen mehr. Wo vorher Foetor vorhanden war, verschwand dieser nach Spülungen mit Acetozon-Lösung; Schnittflächen heilten glatt zusammen. Nach seiner geringen Erfahrung empfiehlt Verf. eine mit sterilem Wasser hergestellte Acetozon-Lösung als ein werthvolles Antisepticum.

EMIL MAYER.

7) **Lewis S. Somers. Essigsäure bei Hals- und Nasenkrankheiten. (Acetic acid in diseases of the nose and throat.)** *Merck's Archives. Mai 1904.*

Soll Essigsäure als Causticum auf der Schleimhaut angewandt werden, so ist es von Wichtigkeit, dass die Theile vorher gut getrocknet werden, damit kein Zerfliessen eintritt. Die locale Anwendung von 1,8 g Essigsäure in 45 g Glycerin und Wasser bewirkt oft, dass eine acute Coryza abortiv verläuft. Bei postoperativer Rhinitis ist das Mittel sehr nützlich und hat eine ausgesprochene antiseptische Wirkung. Nach Galvanokaustik empfiehlt sich zur Vermeidung von Verwachsungen die Trichloressigsäure in Krystallform.

Bei acuter Pharyngitis ist eine Lösung von 2,0 : 50,0 g empfehlenswerth.

Ein mild und antiseptisch wirkendes Gurgelwasser ist:

Rp. Acid. acet. 1,8
Glycerin 45,0
Aq. ad 150,0.

Dieselbe Lösung erweist sich auch bei atrophischer Rhinitis als nützlich.

Bei folliculärer Pharyngitis gebrauche man:

Rp. Jodi 0,075
Kal. jodat. 1,5
Acid. trichlor. acet. 1,6
Glycerini
Aq. ana 30,0.

EMIL MAYER.

8) **Jörgen Möller** (Kopenhagen). **Ueber das Adrenalin mit besonderer Rücksicht auf die Verwendung desselben in der Oto-Laryngologie. (Om Adrenaline med särligt Henblik paa dets Anvendelse i Oto-laryngologien.)** *Nord. Tidsskrift for Therapi. p. 308. 1903.*

Verf. hat das Adrenalin bei einer Reihe von Operationen in der Nasenhöhle mit grossem Vortheil benutzt und empfiehlt das Mittel auf das Beste.

SCHMIEGELOW.

9) **T. H. Clairborne. Yohimbin; seine Anwendung zur Behandlung von Augen-, Ohren-, Nasen- und Halserkrankungen. (Yohimbin; its use in the treatment of eye, ear, nose and throat diseases.)** *N. Y. Medical News. 9. Juli 1904.*

Das salzsaure Salz ist die am meisten angewandte Yohimbinverbindung.

Die durch dasselbe bewirkte Anämie, Anästhesie und Gefässcontraction ist nicht annähernd so ausgesprochen, wie bei Cocain.

Zur Untersuchung der Nase, zur Abgrenzung von Septumleisten und Unterscheidung von Hypertrophien und einfachen Schwellungen ist es nicht so wirksam wie Cocain, da die Gefässverengung nicht so deutlich ist.

Es genügte zur Anästhesirung der Nase behufs Einführung des Tubenkatheters, wo aber hypertrophirte Muscheln die Nase verlegten, war Cocain vorzuziehen.

Cristae und hypertrophirte Muscheln wurden in Yohimbinanästhesie entfernt, jedoch war das Gefühl nicht so völlig abgetödtet, wie beim Cocain, während die unmittelbare Blutung ungewöhnlich stark schien und einige Zeit lang andauerte.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **Finger. Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi).** (K. k. Gesellsch. der Aerzte in Wien, 13. März 1903.) *Wien. klin. Wochenschr. No. 12. 1903.*

Die Erkrankung ist ähnlich dem Lupus und durch folgende Merkmale charakterisirt: kleine acut entzündliche Knötchen, Zerfall derselben, Confluenz der so entstandenen Geschwürchen zu einer grösseren Ulceration, hochgradige Schmerzhaftigkeit, Tendenz zu spontaner, rascher Ausheilung bei Anwendung der einfachsten localen Hygiene.

CHIARI.

11) **Robert Bernhardt. Granulosis rubra nasi (Jadassohn).** *Gazeta Lekarska. No. 37, 38. 1903.*

Verf. beschreibt zwei Fälle von 10- und 11jährigen Patienten. In einem wurde ein Stückchen Haut exstirpirt und mikroskopisch genau untersucht und es wurden dabei Veränderungen in den Gefässen und Schweissdrüsen gefunden. Verf. meint, dass die Gefässveränderung als primäre und die Veränderung der Drüsen als secundäre zu betrachten sei. Eine gewisse hereditäre Anlage scheint auch in der Aetiologie eine Rolle zu spielen.

Therapeutisch wurden von Verf. neben allgemeiner tonisirender Behandlung auch local desquamirende Mittel, Hautincision und nachträgliche Pinselungen mit Jodtinctur angewendet.

A. SOKOLOWSKI.

12) **E. van der Hoop** (Amsterdam). **Granulosis rubra nasi.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 372. 1904.*

Vorstellung dreier Patienten mit dieser 1900 von Luithlen, 1901 von Jadassohn beschriebenen Krankheit. Sämmtliche drei Patienten sind elfjährige Mädchen. Die Hauptmerkmale sind: die Haut der Nasenspitze und Nasenflügel ist kalt, roth, ohne Teleangiectasien und ohne Abschuppung. Innerhalb dieses rothen Fleckens befinden sich von stecknadelspitze- bis stecknadelkopfgrosse dunkelrothe, nur ganz wenig prominente und nicht confluirende Knötchen. Auf Druck erhalten sowohl die rothe Stelle wie die Knötchen normale Hautfarbe. Bisweilen ist bloss Röthung ohne Knötchen da. Es ist starke Neigung zu Hyperhidrosis vorhanden, besonders der Nase, welche bereits auf geringe, auch psychische Reize hervortritt. Es ist nicht entschieden, ob die Knötchen um die Talg- oder Schweissdrüsenöffnungen herum localisirt sind. Aetiologie ist ganz unklar: Therapie machtlos; allein es scheint mit erwachsenem Alter die Krankheit spontan zu verschwinden. Differentiell-diagnostisch kommen Acne rosacea, Lupus vulgaris und erythematosus, Eczem, Dyshidrosis und Adenoma sebaceum in Betracht.

H. BURGER.

13) **Levy-Dorn** (Berlin). **Demonstration eines Falles von Cancroid der Nase, welcher mit Röntgenstrahlen behandelt wurde.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. Vereinsbeilage. 1904.*

In sieben Sitzungen hat sich das Geschwür narbig geschlossen.

ALBANUS (ZARNIKO).

14) **Deodato de Carli. Dermoidcyste des Nasenrückens. Entstellende Narbe. Operation. Heilung. (Cisti dermoide del dorso del naso. Cicatrice deformante. Operazione. Guarizione.)** *Arch. Ital. di Otologia, Rinologia e Laringologia. IV. 1903.*

Der 16jährige Patient hatte auf dem Nasenrücken eine elliptische Einsenkung, die von der Operation einer nussgrossen Dermoidcyste in der frühen Kindheit herrührte; die Einsenkung wie ihre Ränder zeigten eine leuchtend rothe Hautfarbe. Im oberen Winkel dieser Narbe bestand eine kleine Continuitätstrennung, aus der 5—6 Härchen hervorgewachsen waren und aus der eine feste, fette gelbe Masse ähnlich wie Cerumen herauskam. Die narbig veränderte Haut wird abge-

löst, das Operationsfeld ausgekratzt, die Wundränder durch Nähte vereinigt. Ausgezeichneter kosmetischer Erfolg.

FINDER.

15) **Joseph** (Berlin). **Ein Fall von Akromegalie mit Vergrösserung der Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. Vereinsbeilage. 1904.*

28jährige Patientin zeigte neben anderen Wachsthumsanomalien Vergrösserung der Nase, 5 cm breit, 7 cm lang.

ALBANUS (ZARNIKO).

16) **Marie. Ueber gleichzeitige Rhinolcese (Ulceration eines Nasenlochs) und Veränderungen an den Hintersträngen des Rückenmarks. (Sur la rhinelcose [ulcération d'une narine] coïncidant avec des lésions des cordons postérieurs de la moëlle.)** *Société médicale des hôpitaux. 21. Februar 1902.*

Verf. legt sich die Frage vor, ob diese Ulcerationen als Folge trophischer Störungen bei Tabes betrachtet werden können. Er neigt vielmehr zu der Auffassung, dass die Haut- und Rückenmarksveränderungen unabhängig sind und beide der Syphilis zuzuschreiben sind, die bei 2 von den 3 Kranken zugestanden wurde.

PAUL RAUGÉ.

17) **Tscharnotzki. Rhinophyma; die Ursachen seiner Entstehung und der pathologisch-anatomische Bau. (Rinofima, pritscheniego proishoshdeniga i patologran streenie.)** *Chirurgia. April 1903.*

T. theilt die Anschauungen über das Rhinophyma in drei Gruppen: Neubildung, Elephantiasis und chronische Entzündung.

Nach seinen eigenen Untersuchungen hält er das Rh. für ein Granulom.

P. HELLAT.

18) **J. Collins Warren** und **Chas. S. White. Die Behandlung des Rhinophyms.** *St. Paul Medical Journal. December 1903.*

In dem mitgetheilten Fall trat die Krankheit vor 9 Jahren auf und seitdem ist die Hypertrophie der Haut an den Nasenflügeln und der Nasenspitze allmälig weitergeschritten. Ein Stück von den hypertrophirten Nasenflügeln und der Spitze wurde vor 6 Jahren abgetragen. Die dadurch erzielte Besserung war sehr gering.

Die Untersuchung ergab das Vorhandensein einer tiefen Schicht von verdickter und hypertrophirter Haut, die wie ein Behang von der Aussenwand der Nasenlöcher und der Nasenspitze herabhing und beiderseits zwei tiefe Falten bildete, die sich in der Medianlinie berührten.

Vor einem Jahr wurde Pat. zum zweiten Male und diesmal mit ausgezeichnetem Resultat operirt. Die Operation bestand in zwei halb-elliptischen Einschnitten, die die Geschwulst jederseits umschlossen; diese Schnitte wurden mit zwei Transversalschnitten verbunden, die einen Theil der Haut an der Nasenspitze umfassten. Als sich die so angelegte Operationswunde geschlossen hatte, war eine lineare Narbe vorhanden, die sich von der Verbindung des Nasenflügels mit der Wange längs dem Rande des Nasenlochs entlang bis zum entsprechenden Punkt der gegenüberliegenden Seite der Nase erstreckte.

EMIL MAYER

19) **W. W. Keen. Ein Fall von Rhinophym. (A case of rhinophyma.)** *N. Y. Medical News. 9. Januar 1904.*

Ein Fall, in dem die chirurgische Behandlung ein auffallend gutes Resultat hatte. Patient war ein 65jähriger Mann. Vor 15 Jahren hatte er eine Acne rosacea, bei der besonders die Nase und die angrenzenden Wangentheile sehr in Mitleidenschaft gezogen waren. Darauf folgte die Entwicklung einer knolligen Geschwulst, die zur Zeit der Operation die ganze Nase bis auf das oberste Viertel derselben einnahm. Diese Geschwulst war nicht schmerzhaft; ebenso wenig war die Athmung gestört, jedoch hinderte die vorspringende Geschwulstmasse beim Essen.

Das kometische Resultat der Excision war sehr gut; da wo die Geschwulst einfach ausgeschabt war, hatte sich anstatt von Narbengewebe eine normal aussehende Haut gebildet. Histologische Untersuchung des entfernten Gewebes zeigte, dass es sich um ein weiches Fibrom der Haut mit beträchtlicher Ausdehnung und möglicherweise Hyperplasie der Talgdrüsen handelte.

LEFFERTS.

20) **Sick** (Hamburg). **Rhinophym.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. Vereinsbeilage. 1904.*

Bericht über 5 mit sehr gutem kosmetischen Erfolg geheilte Fälle, bei denen eine Decortication der Weichtheile der Nase bis zur normalen Dicke vorgenommen wurde, mit Erhaltung der Enden der Talgdrüsen, von denen aus dann eine rasche Ueberhäutung ausgeht.

ALBANUS (ZARNIKO).

21) **F. Chavanne** (Lyon). **Was sind die Nasenhöhlen vom embryologischen Gesichtspunkte aus? (Que sont les fosses nasales au point de vue embryologique?)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 5. 1903.*

Während man beim Lesen einer analytischen Beschreibung der Nasenhöhle die Anschauung gewinnt, dass diese aus verschiedenen aneinander gereihten Knochen zusammengesetzt sei, deren knöcherne Hohlräume, welche in einigen derselben eingegraben sind, sich in dieselbe wie in einen Vorhof eröffnen, zeigt Ch. an der Hand embryologischer Documente, dass die Nasenhöhle im engeren Sinne des Wortes und ihre Nebenhöhlen mehr den Eindruck eines geräumigen „Siebbeinzellenbienenkorbes“ gewähren, dessen Sinusse aus verirrten Zellen, Rinnen und Muscheln unvollkommen entwickelter Zellen gebildet werden. Die Einheit der rhinologischen Domänen findet sich auf diese Weise embryologisch nachgewiesen.

BAYER.

22) **Joseph A. White. Einige Bemerkungen über Nebenhöhlen. (Some remarks about accessory cavities.)** *Virginia Medical Semi-Monthly. 24. Juli 1903.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

23) **Joseph S. Gibb. Die Diagnose und Behandlung von Entzündungen der Nasennebenhöhlen. (The diagnosis and treatment of inflammation of the accessory nasal sinuses.)** *American Medical. 25. Juli 1903.*

Eine gute Uebersicht über die wichtigsten Thatsachen.

EMIL MAYER.

24) **Arnold Knapp. Osteomyelitis des Schädels mit Empyem der Nasennebenhöhlen; Sinusthrombose; Pyämie; Tod; Autopsie. (Osteomyelitis of the skull with empyema of the nasal accessory cavities; sinus thrombosis; pyaemia; death; autopsy.)** *Archives of Otology. Juni 1903.*

Ein 21jähriges Mädchen zeigte eine auffällige Deformität des Gesichts in Folge enormer Massen von Nasenpolypen. Die rechte Orbital- und Ethmoidalhöhle wurden eröffnet und alle Polypen entfernt. Einen Monat später wurde die linke Ethmoidregion curettirt und die Stirnhöhle eröffnet. Es folgten zahlreiche Eiteransammlungen. In der Folge wurde auch der Warzenfortsatz eröffnet und ein Epiduralabscess entleert. Exitus letalis; Autopsie. Es fand sich osteomyelitische Entzündung an allen Theilen des Siebbeins mit Empyem aller Nebenhöhlen der Nase; von dort aus hatte sich die Osteomyelitis auf das Stirnbein ausgebreitet, hatte dann auf die Schläfenbeinschuppe übergegriffen, einen Epiduralabscess verursacht und infolge von Sinusthrombose und Pyaemie dann zum Tode geführt. EMIL MAYER.

25) **Dempel. Ueber die Diagnose der Highmoritis mit Hülfe der v. Stein'schen Nadel. (O rasposnaw. raimorit. pri pomosch. igli v. Steina.)** *Med. Obos. p. 618. 1902.*

Als Vorzüge des Instruments werden gerühmt: Die Möglichkeit den Einstich von der äussersten Stelle der Wand auszuführen, die geringe Verwundung, die leichte Einführbarkeit, da die Kraftanwendung in der Achse des Instrumentes statthat. Der Autor hat die Nadel in 20 Fällen gebraucht. P. HELLAT.

26) **Woskresenski. Ueber die Methoden der Eröffnung der Highmorshöhle. (O sposobach wskritija Gaimorowoi polosti.)** *Russ. chirurg. Arch. p. 790. 1903.*

W. kommt nach einer sehr oberflächlichen Besprechung der Eröffnung der Highmorshöhle von Seiten der Zähne, der Fossa canina und der Nase zum Schlusse, dass es am vortheilhaftesten sei, den ganzen Alveolarfortsatz zu opfern und von hier die Höhle zu eröffnen. P. HELLAT.

27) **S. v. Stein. Zur Technik der Eröffnung der Highmorshöhle. (K technike wskritija gaimorowoi polosti.)** *Moskau 1903.*

v. S. betrachtet in der vorliegenden Broschüre die wechselnden Grössenverhältnisse der Highmorshöhle, die äusseren Merkmale derselben und schliesslich die verschiedenen Angriffspunkte zur Eröffnung der Highmorshöhle vom Alveolarfortsatz. Er zeigt an der Hand vieler Abbildungen die Irrwege, auf welche man gelangen kann. Der geeignetste Punkt ist nach S. der zweite Praemolaris.

Das Bohren mit der Hand wird der Maschinenbohrung vorgezogen.

Zur Eröffnung verwendet v. St. seinen eigenen Bohrer, der in drei Grössen angefertigt wird. P. HELLAT.

28) **G. Mahu** und **E. Guérin** (Paris). **Differentialdiagnose zwischen dem Empyem der Kieferhöhle und der chronischen Kiefersinusitis. (Diagnostic différentiel entre l'empyème du sinus maxillaire et la sinusite maxillaire chronique.)** *La Presse oto-laryngolg. Belge. No. 12. 1903.*

Vergleiche Bericht über die Jahresversammlung der Belg. otolaryngol. Gesellschaft; Sitzung vom 7. Juni 1903. BAYER.

29) **Joseph S. Gibb. Ein Fall von Sarkom der Oberkieferhöhle; Resection des Oberkiefers. (A case of sarcoma of the maxillary sinus, excision of the upper jaw.)** *Journal American Medical Association. 21. Februar 1903.*

Das Interesse des Falles besteht in der Localisation des Tumors, der Rapidität seines Wachsthums, der Art der Diagnosenstellung und Behandlung.

EMIL MAYER.

30) **Bourraqué. Die Oberkieferhöhlenempyeme beim Kinde. (Des sinusites maxillaires chez les enfants.)** *Thèse de doctorat. Bordeaux 1903.*

Die Empyeme bei Kindern entstehen gewöhnlich in Folge nasaler Infectionen. Im ganz jugendlichen Alter haben sie gewöhnlich die phlegmonöse Form. Die Diaphanoskopie ist bei Kindern ein sehr unzuverlässiges diagnostisches Mittel. Die Behandlung soll soweit möglich, bis zum 15. oder 16. Jahre eine medicamentöse sein wegen der zweiten Dentition, die gegen die Operation von der Fossa canina aus sprechen könnte.

E. J. MOURE.

31) **Proston M. Hickey. Conservative Behandlung der Highmorshöhle. (Conservative treatment of the antrum of Highmore.)** *The Therapeutic Gazette. 15. Juli 1903.*

In acuten Fällen genügt die Anwendung von Adrenalin und eine Lage des Kopfes, in der genügender Abfluss aus der Höhle stattfindet.

EMIL MAYER.

32) **Guisez Guerin. Ueber die Diagnose der chronischen Kieferhöhlenentzündung. (Sur le diagnostic de la sinusite maxillaire chronique.)** *Annales des maladies de l'oreille. p. 539. 1903.*

Verf. bemüht sich, die Differentialdiagnose zwischen der Form der Kieferhöhlenerkrankung, die er als Sinusitis bezeichnet, und dem Oberkieferempyem festzustellen. Er glaubt, dass man die Unterscheidung mittels der Durchleuchtung vor und nach der Ausspülung der Höhle durch die Punctionsöffnung machen kann.

E. J. MOURE.

33) **Kurt Boege. Zur Anatomie der Stirnhöhlen. (Sinus frontales.)** *Dissert. Königsberg. Mai 1903.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

34) **Goris. Ein Wort bezüglich der chirurgischen Behandlung der Sinusitis frontalis. (Un mot à propos de la cure chirurgicale de la sinusite frontale.)** *Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. No. 1. 1903. Annales de l'Institut Chir. de Bruxelles. No. 1. 1903.*

Mit Hinweis auf die früher schon mitgetheilte, von G. bei der Operation der chronischen Sinusitis frontalis ausgeübte Technik zeigt er die Photographie einer an Polysinusitis unilat. operirten Frau vor, welche sich unter sehr ungünstigen Verhältnissen bezüglich der Erreichung eines befriedigenden plastischen Resultats präsentirt hatte. Es lag eine sehr vorgewölbter Sinus vor, der sich weit ausbreitete bis zur äusseren Apophyse der Orbita und tief bis beinahe an den Grund derselben reichte. Die Totalresection der Wunde sammt deren Wällen, gestatteten der Haut und den Weichtheilen der Orbita sich genau an die Sinuswände anzulegen,

ohne Veranlassung zu den starken Einsenkungen zu geben, welche die Stirndifformität so auffallend erscheinen lassen. Die Kranke war am 6. Tage geheilt.

BAYER.

35) **Vernieuve. Zu einem Fall von Sinuscancroid. (A propos d'un cas de cancroïde des sinus.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 4. 1903.*

Der Autor theilt die Beobachtung und Autopsie eines 67jährigen Mannes mit, welcher sich auf die Klinik von Prof. Eeman wegen einer hartnäckigen Neuralgie im Bereiche der Aeste des rechten Trigeminus mit dem Charakter eines schmerzhaften Gesichtsschmerzes in Behandlung begeben hatte. Als Ursache wurde ein röthlich grauer Tumor, der den rechten mittleren Nasengang ausfüllte, erkannt.

Die Entfernung und mikroskopische Untersuchung ergab ein Cancroid. Rasche Recidive mit wiederholter Entfernung der sich ausserordentlich rasch entwickelnden Neubildung, die alle Nasennebenhöhlen befiel, durch die Sella turcica und das Foramen ovale auf dem Wege der Sphenomaxillarspalte in die Schädelhöhle und durch den Boden des Sinus maxillaris in die Mundhöhle vordrang. Im Bereiche des Chiasma befindet sich ein einfacher Herd von Leptomeningitis, während im Bereich des Uncus und Gyrus hippocampi die Gehirnsubstanz zerstört ist.

V. erwähnt noch einen zweiten Fall von bösartigem Nasentumor bei einer 73jährigen Frau, welche ebenfalls wegen Erscheinungen eines heftigen Gesichtsschmerzes sich in Behandlung begeben hatte. Es handelt sich dabei ebenfalls um ein glanduläres Nasencarcinom und steht die Kranke noch in Behandlung. Die Aufmerksamkeit des Autors wurde auf die Zweckmässigkeit der rhinologischen Untersuchung bei Fällen von „hartnäckigen Gesichtsneuralgien" besonders älterer Personen gelenkt, weil sie uns in den Stand setze eine frühzeitige Diagnose bösartiger Tumoren der Nasenhöhle zu stellen.

BAYER.

36) **J. W. Moore. Ein Fall von Stirnhöhlenempyem mit Complicationen. (A case of empyema of the frontal sinus with complications.)** *Laryngoscope. August 1903.*

Das Bemerkenswerthe an dem Fall war: Das Empyem öffnete sich fast 4 cm oberhalb des Nasendachs in der Medianlinie. Die innere Wand der Höhle war in ausgedehntem Maasse zerstört, ohne dass Meningealsymptome vorhanden waren, was wahrscheinlich darauf zurückzuführen war, dass die äussere Wand zuerst nachgegeben hatte. Erst 6 Monate, nachdem bereits alle Schmerzhaftigkeit verschwunden war, machte sich eine Tendenz der Eitersecretion zu verschwinden bemerkbar.

EMIL MAYER.

37) **Eschweiler** (Bonn). **Die Radicaloperation des Stirnhöhlenempyems nach Killian.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. Vereinsbeilage. 1903.*

Vortr. hat die Methode erfolgreich mit der Modification, das Periost des Orbitaldaches soweit abzulösen, als der Boden der Stirnhöhle reicht, ausgeführt. Vorstellung zweier mit gutem kosmetischen Resultat Operirter.

ALBANUS (ZARNIKO).

38) **Reinewald** (Giessen). **Killian'sche Radicaloperation bei chronischer Stirnhöhleneiterung.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 5. Vereinsbeilage. 1904.*

Bericht über eine Patientin, wo die rechte Stirnhöhle nach Killian operirt wurde. Schnelle Heilung ohne Complication, voller Erfolg, gutes kosmetisches Resultat.

ALBANUS (ZARNIKO).

39) **E. J. Moure. Doppelseitiges Stirn-Siebbein-Oberkieferempyem. (Sinusite fronto-ethmoido-maxillaire double.)** *Gazette hebdomadaire sc. méd. Bordeaux et Soc. de méd. et chirurgie de Bordeaux. 20. Februar 1903.*

Vorstellung eines operirten und geheilten Patienten.

AUTOREFERAT.

40) **Weiss** (Giessen). **Mukocele des Siebbeins und der Stirnhöhle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. Vereinsbeilage. 1903.*

Bericht über diesen Fall.

ALBANUS (ZARNIKO).

41) **John A. Thompson. Acute Siebbeineiterung. (Acute suppurative ethmoiditis.)** *Medical Age. 10. September 1903.*

Wenn die Krankheit frühzeitig erkannt und behandelt wird, so kann sie in 4—7 Tagen ausheilen; wenn nicht, so kann sie einen langwierigen und sogar tödtlichen Verlauf nehmen.

EMIL MAYER.

42) **Edward Woakes** (London). **Die Pathologie der Ethmoiditis. (The pathology of ethmoiditis.)** *Laryngoscope. Juli 1903.*

Verf. unterscheidet drei Stadien der Krankheit: In dem ersten beschränkt sich die Erkrankung gewöhnlich auf die Ethmoidregion, myxomatöses Gewebe findet sich selten, dagegen ist dieses Stadium charakterisirt durch die Neubildung von fibrösen Gewebe. Im zweiten Stadium sind die kleinen Arterien des Stratum submucosum afficirt, ihre Wandungen werden verdickt und ihr Lumen wird verschlossen; es entwickelt sich myxomatöses Gewebe, das zwischen die Trabekeln spongiösen Knochens eindringt, dieser wird resorbirt und verdünnt sich und zeigt Lakunen. Im dritten Stadium erfolgt Cysten- und Höhlenbildung.

EMIL MAYER.

43) **Joseph S. Gibb. Sarkom der Nase und Siebbeinzellen. (Sarcoma of the nares and ethmoid cells.)** *American Medicine. November 1902.*

Ausführliche Krankengeschiche des Falles.

EMIL MAYER.

c. Mundrachenhöhle.

44) **J. C. Kindermann** (Middelburg). **Die Analyse des Schluckmechanismus. (De analyse van het slikmechanisme.)** *Inaug.-Diss. Utrecht 1902 und in: Onderzoekingen Physiol. Labor. Utrecht. V. Reihe. IV. Bd. 2. Lief. 1903.*

45) **J. C. Kindermann. Beitrag zur Physiologie des Schluckens. (Bydrage tot de physiologie van het slikken.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 21. 1903.*

Unter Zwaardemaker bearbeitete ausführliche experimentelle Studie. Mit verschiedenen Apparaten registrirte K. mittelst Lufttransport die Bewegungen des

Mundbodens, des Zungenbeins, des Schildknorpels, des Ringknorpels und des weichen Gaumens, weiter die Formveränderungen der Zunge, die Druckschwankungen im Rhino-, Meso- und Hypo-Pharynx, in den verschiedenen Theilen der Speiseröhre und im Magen. Die verschiedenen Theorien des Schluckactes werden kritisch beleuchtet. Die aus Verf.'s Untersuchungen hervorgehenden Resultate lassen sich in folgendes Schema des Schluckactes zusammenfassen:

I. Bucco-pharyngeale Periode (ca. 0,75 Sec.).

A. Einstellungsphase (ca. 0,35 Sec.).

a) Hebung des Mundbodens, des Zungenbeines, des Kehlkopfes und des Gaumes.

b) Verschliessung des Schluckraumes, nach vorne durch die Zunge, nach oben durch den weichen Gaumen; Aspiration der Luft aus dem sich verengernden Rachen durch die Schluck-Athembewegung des Zwerchfelles. Die letztere am Menschen noch nicht beschriebene Bewegung konnte K. an einem Operirten, bei dem ein grosser Theil der linken Zwerchfellhälfte nur von einer dünnen Haut bedeckt war, registriren. Nach K. dient diese Bewegung offenbar zur Aspiration der Rachenluft, welche sonst beim Schlucken massenhaft in den Magen befördert werden müsste.

c) Die Zunge treibt den Bissen in den Pharynx hinein; Glottisschluss.

B. Austreibungsphase (ca. 0,25 Sec.).

a) Vorwärtsbewegung des Zungenbeins; erste Streckung des Mundboden-Hals-Winkels.

b) Kräftige Contraction der Mm. hyoglossi, wodurch der nach unten gewendete Zungenrücken den Bissen gleichsam nach dem Magen hinspritzt.

c) Der Bissen gelangt in den Magen.

Zu gleicher Zeit wie die Contraction der Hyoglossi tritt, als Widerstandsmechanismus, eine Anspannung der Rachenconstrictoren auf, welche die Hyoglossuswirkung überdauert. Jetzt hat das nach vorn getretene Zungenbein bereits den Rückweg wieder angetreten.

C. Regressive Phase (ca. 0,25 Sec.).

a) Rückwärtsbewegung des Zungenbeines; Entspannung des Mundbodens. Senkung des in der Austreibungsphase stark erhöhten intrapharyngealen Druckes; zweite Streckung des Mundboden-Halswinkels.

b) Senkung des Kehlkopfes; Erweiterung des Rachens. Diese Bewegungen sind im Gegensatz zu denjenigen der zweiten Phase bedeutend schwächer. Durch die Rückkehr der Zunge in ihre normale Lage und die Senkung des Kehlkopfes wird der verschlossene Kehlkopf wieder frei.

II. Oesophageale Periode.

Die Bedeutung derselben ist hauptsächlich ein Reservemechanismus; für die Fortbewegung der Ingesta ist sie nur gering.

a) Contractionswelle im Halstheil der Speiseröhre (ca. 1,5 Sec.).

b) Contractionswelle im Brustheil der Speiseröhre (ca. 4,5 Sec.).

c) Austreibung zurückgebliebener Luft und Speisereste in den Magen. Das dabei auftretende Schluckgeräusch wird 4—10 Sec. nach Anfang des Schluckactes auscultirt.

Bei den beim Trinken auftretenden aneinandergereihten Schluckbewegungen zeigt sich der Mechanismus abgekürzt. Die regressive Phase der buccopharyngealen Periode sowie der ganze ösophageale Nachschluck fallen bis auf den letzten Schluck einer Serie aus. Die Flüssigkeit fliesst continuirlich, gleichsam pulsirend nach dem Magen ab.

H. BURGER.

46) P. H. Eykman. **Der Schlingact, dargestellt nach Bewegungsphotographien mittelst Röntgenstrahlen.** *Pflüger's Arch. XCIX. 11/12. S. 513.*

Der Bissen, der vorher im Munde auf dem Zungenrücken nach hinten befördert ist, wird zwischen Zunge und Hinterwand des Pharynx nach unten geführt, indem die Zunge sich immer hinter ihm stark an die Pharynxwand anpresst. Im unteren Theile dieses Weges ist die Zunge bedeckt von dem Gipfel des Kehldeckels, der sich genau derselben anschmiegt. Wahrscheinlich wirkt der Arcus pharyngo-epiglotticus mit, indem er sich den Seitenwänden der Epiglottis anlegt, um hier einen guten Abschluss zu bewirken. Der Bissen wird weitergeführt zwischen Hinterfläche der Epiglottis und der hinteren Pharynxwand. Das Hyoid wird durch Muskelwirkung emporgezogen, aber auch der Larynx nähert sich dem Zungenbein, bis sie hart aneinander liegen und beide eine feste Masse bilden. Das subhyoide Fettpolster wird dadurch stark gedrückt, drückt die Epiglottis nach hinten und veranlasst so den Larynxverschluss. Das Zungenbein wird mit dem Larynx, der Epiglottis und der Trachea nach vorn gezogen. Der Gipfel des Kehldeckels gleitet an der hinteren Pharynxwand entlang. Der Oesophagus ist geöffnet. Der Bissen verlässt die Zungengegend; wahrscheinlich giebt die Zunge ihm noch einen Stoss nach unten mit, wodurch zugleich die Epiglottis noch fester auf den Larynxeingang gedrückt wird. Die Zunge zieht sich noch einmal von der hinteren Pharyxwand zurück. Hyoid und Larynx machen den Weg zurück. Der Larynx öffnet sich wieder.

J. KATZENSTEIN.

47) R. H. Kahn. **Studien über den Schluckreflex. I. Die sensible Innervation.** *Arch. f. (Anat. u.) Physiol. Supplem.-H. S. 386. 1903.*

Beim Kaninchen erregt der vorbeigleitende Bissen den ihn weiterbefördernden Schluck am weichen Gaumen durch Vermittelung des zweiten Trigeminusastes. Sollte ein Theil des Bissens auf falsche Wege gerathen, oder normales und pathologisches Sekret an Orte gelangt sein, welche nicht auf dem normalen Schluckwege liegen, dann kann diese Substanz durch einen Schluck aus dem Pharynxkopf durch Vermittelung des Glossopharyngeus oder aus dem Kehlkopfeingange durch Vermittelung des Laryngeus superior weiterbefördert werden. Dasselbe geschieht aus dem obersten Oesophagus durch den Laryngeus inferior.

Beim Hunde erzeugt der gegen die dorsale Pharynxwand geschobene Bissen den Reflex für seine Weiterbeförderung durch Vermittelung des Glossopharyngeus. Auf falsche Wege gerathene Fremdkörper können auch hier durch Vermittelung des zweiten Trigeminusastes und des Laryngeus sup. geschluckt werden, in einem Falle (Velum) scheint sich an dem Schutzschluckreflexe auch der Glossopharyngeus zu betheiligen.

Die Katze verhält sich bezüglich der Reizbarkeit ihrer Schleimhäute und Nerven im Allgemeinen so wie der Hund.

Beim Affen regt der gegen den Pharynx geschobene Bissen den Schlingact bei seinem Vorübergleiten an den Tonsillen an. Der sensible Theil des Reflexes spielt sich im Trigeminus (vermuthlich auch in dessen zweitem Aste) ab. Seine beiderseitige Durchschneidung lähmt die Hauptschluckstelle an den Gaumenbögen. Als ausserordentliche Schluckstelle ist ferner der dorsale Theil des Kehlkopfeinganges (Art. arytenoid.) und die dorsale Fläche und Basis der Epiglottis zu betrachten, beide durch Vermittelung des Laryngeus sup., nach dessen beiderseitiger Durchschneidung die Reizbarbeit dieser Schleimhauttheile erlischt. Die Reizbarkeit der Pharynxwand, welche gering ist, kommt wohl auf Rechnung des Glossopharyngeus.

Für den Menschen ist die Frage, wo der Schluckreflex ausgelöst wird, noch offen, denn die experimentelle Feststellung dieser Verhältnisse durch mechanische Reizung der oberen Schluckwege scheitert an den heftigen Brechbewegungen und Athemreflexen, welche hier in sehr hohem Maasse eintreten. J. KATZENSTEIN.

48) **W. Kolmer. Zur Kenntniss des Ablaufes des Schluckactes.** *Centralbl. f. Physiol. Bd. 23. S. 692. 1904.*

Der Schluckact wird durch das Schluckcentrum hervorgebracht, nicht die Nervengeflechte des Oesophagus erzeugen seine normale Peristaltik. Von der Mundhöhle, dem Schlunde, dem Kehlkopfe gelangen auf sensiblen Bahnen Reize zum Schluckcentrum, die sich innerhalb desselben allmälig ausbreiten. Von den einzelnen Theilen des Centrums werden dann die motorischen Impulse durch die Recurrentes in geordneter Reihenfolge den entsprechenden Muskelgruppen zugesandt. So kommt der wellenförmige Ablauf der Contraction des Oesophagus zu Stande. K. nimmt im Gegensatz zu Mosso an, dass durch die langsam fortkriechende Ausbreitung des Reizes das Schluckcentrum eine Sonderstellung einnimmt, da andere Reflexvorgänge viel schneller verlaufen. J. KATZENSTEIN.

49) **H. Zwaardemaker** (Utrecht). **Die Schluckbewegungen des Menschen.** *Onderzoekingen Physiol. Labor. Utrecht. V. Reihe. V. Bd. Lief. 1.*

Reproduction der gleichnamigen Arbeit in Engelmann's Arch. f. Physiol. 1904. S. 57. H. BURGER.

50) **L. P. H. Eykman** (Amsterdam). **Die Bewegungen des weichen Gaumens beim Sprechen. (The movements of the soft palate in speech.)** *Onderzoekingen Physiol. Labor. Utrecht. V. Reihe. IV. Bd. Lief. 2. 1903.*

51) **L. P. H. Eykman. Die Registration der Oberlippenbewegungen im Sprechen. (De registratie van de bovenlipbewegingen bij het spreken.)** *Ibid. V. Bd. Lief. 1. 1904.*

Fortgesetzte für ein Referat ungeeignete phonetische Untersuchungen.

H. BURGER.

52) **L. Réthi** (Wien). **Die secretorischen Nerven des weichen Gaumens.** *Wien. med. Presse. No. 5 u. 6. 1904.*

Die Versuche wurden an ca. 100 Versuchsthieren (Hunden, Kaninchen und Katzen) angestellt und ergaben bei örtlicher Application der Doppelelektroden an

jeder Stelle des weichens Gaumens Auftreten deutlicher Secretion, die gewiss nicht durch Contraction der Gaumenmuskulatur allein bedingt war. Die entsprechende Nervenreizung (Trigeminus, Glossophar., Accessor., Vagus, Facialis, Sympathic.) ergab, dass sowohl im Halssympathicus, als auch im Stamme des Nervus facialis echte secretorische Fasern für die Drüsen des weichen Gaumens derselben Körperseite verlaufen, dass diese secretorischen Fasern des Sympathicus und des Facialis in der Paukenhöhlenregion getrennt verlaufen, und zwar die des N. facialis im Knochencanal des N. petrosus superfic. major, dass aber von hier ab die secretorischen Sympathicus- und Facialisfasern gemeinsamen Verlauf in die Nervi palatini haben, welche sie bis zum weichen Gaumen führen. CHIARI.

53) **F. H. Quix** (Utrecht). **Neue Methode für die Geschmacksmessung. (Nouvelle méthode de Gustatometrie.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 11. 1903.*

Gemäss der Vertheilung der Papill. fungiformes und caliciformes der Zunge, welche die Träger der Geschmackskörperchen sind, localisirt sich die Geschmacksempfindung auf der Spitze, den Rändern und der Basis der Zunge. Eine gute gustotometrische Methode muss folgende Bedingungen erfüllen: 1. der Reiz muss localisirt sein; 2. die Intensität desselben muss je nach dem Belieben des Experimentators variiren können; 3. muss derselbe klinisch ausführbar sein. Der Autor hat versucht, dieses Resultat zu erreichen, indem er eine „Test-Solution" herstellte, bestehend aus einer Gelatinelösung, welche zwischen 1 und 2 pCt. je nach der Temperatur schwankte und ein hervorragendes Excipiens bildet; das Reizmittel wird darin in folgender Form suspendirt als:

a) Zuckerlösungen von 30, 40 und 60 pCt.,
b) Salzlösungen von 10—20 pCt.,
c) Lösungen von Chin. sulphur. von 0,1—0,4 pCt.,
d) Lösungen von Acid. tartaric. von 2—4 pCt.

Die schwächste dieser Lösungen wird von der Mehrzahl normaler Individuen noch wahrgenommen in der Dosis eines Tropfens mittlerer Grösse; die concentrirteste Lösung übt einen sehr intensiven Reiz aus. Klinisch genügen Lösungen von 3 verschiedenen Concentrationsgraden. Die im Handel befindlichen Büretten genügen vollständig zu diesem Zweck. Das Verfahren erlaubt nicht allein die Geschmackstopographie der Zunge zu ermitteln, sondern auch alle Theile der Mundhöhle, des Pharynx, Nasenrachenraums und Larynx in Bezug auf den Geschmack zu prüfen. Es muss zu diesem Zweck dem freien Ende der Burette die für das zu untersuchende Organ geeignete Krümmung gegeben werden. Die Consistenz der Lösung genügt, um zu verhindern, dass der Tropfen auf die unrichtige Stelle fällt. Die Otolaryngologen können sich mit Vortheil der Kehlkopfspritze und der Itard'schen Sonde bedienen. Der Autor hat gefunden, dass bei einigen Personen der Nasenrachenraum in der Nachbarschaft der Ohrtrompeten nur süss und bitter schmeckende Substanzen wahrnahm, während die concentrirtesten sauren und salzigen Lösungen keine Geschmacksempfindung auslösten. Um die stärksten Eindrücke zu erhalten, kann man die schmeckenden Substanzen in Form von Krystallen appliciren.

Das Verfahren ermöglicht ebenso gut qualitative als quantitative Geschmacksuntersuchungen.

BAYER.

54) G. Köster (Leipzig). **Eine merkwürdige centrale Störung der Geschmacksempfindung.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8 u. 9. 1904.*

Unsere Kenntnisse über centrale Geschmacksstörungen sind noch sehr lückenhaft, da wir über den Verlauf der Geschmacksfasern im Gehirn zur Rinde fast nichts und über die centrale Vertretung des Geschmackes in der Hirnrinde nur wenig Sicheres wissen. Der von K. beschriebene Fall betrifft einen 53jährigen Syphilitiker, der in seinem 45. Lebensjahre innerhalb weniger Monate von groben Geschmacksstörungen befallen wurde, die bis jetzt unvermindert fortbestanden. Da die nähere Besprechung der vorhandenen Störungen hier zuviel Raum beanspruchen würde, so muss auf das Original verwiesen werden.

SCHECH.

55) M. Gerhardt. **Ueber histologische Veränderungen in den Speicheldrüsen nach Durchschneidung der secretorischen Nerven.** *Pflüger's Arch. XCVII. 5 u. 6. S. 317.*

Nach Durchschneidung des Sympathicus tritt an der Gland. submaxill. des Kaninchens eine Kernschrumpfung der Drüsenzellen ein, desgleichen an der Sublingualis und Parotis. Nach Durchschneidung der Chorda tympani treten an den Zellen der Speicheldrüsen Protoplasmaveränderungen auf, während die Kerne unverändert bleiben.

J. KATZENSTEIN.

56) J. K. Hamilton (Adelaide). **Eine accessorische Speicheldrüse mit Bildung von Steinen. Eiterung und Communication mit der Mundhöhle durch den Ductus sublingualis. (An accessory salivary gland with formation of calculs. Suppuration and communication with the mouth through the sublingual duct.)** *Australasian Medical Gazette. 21. December 1903.*

Ein junger Mann beklagte sich über eine seit Jahren bestehende Geschwulst unter dem Unterkieferast. Er war im Stande, durch Druck auf diese Geschwulst Flüssigkeit in die Mundhöhle durch den Ductus lingualis zu pressen. Die Geschwulst, die Hühnereigrösse besass, wurde freigelegt; sie erwies sich als eine accessorische Speicheldrüse, die einige Steine und etwas Eiter enthielt.

A. J. BRADY.

57) O. Theodore Roberg. **Sialolithiasis. (Sialolithiasis.)** *Annals of Surgery. Mai 1904.*

Verf. hat 47 Fälle seit dem Jahre 1896 gesammelt, während vorher 160 berichtet waren. Die grossen Steine wurden chirurgisch entfernt. Die grössten wogen 2 g, die kleineren 1 g.

EMIL MAYER.

58) F. Jefferts. **Symptomatische Parotitis nach eingeklemmter Hernie. (Symptomatic parotitis following strangulated hernia.)** *Lancet. 12. December 1903.*

Eine 68jährige Frau wurde wegen eingeklemmter Nabelhernie operirt. Zwei Tage später klagte sie über Schmerzen hinter dem rechten Ohr. Die Geschwulst nahm zu und es bestand heftige örtliche Entzündung. Tod in 2 Tagen.

ADOLPH BRONNER.

59) F. E. Buntz. **Parotitis als Complication von Appendicitis. (Parotitis complicating appendicitis.)** *American Journal of Medical Sciences. Mai 1904.*

B. berichtet 3 Fälle. Bezüglich der Aetiologie sagt er: Directe Infection scheint nach dem heutigen Stande der Pathologie und klinischen Beobachtung die einzig haltbare Annahme zu sein. Zweifellos tritt ein grosser Procentsatz dieser Infectionen zuerst im Ductus Stenonianus auf und es ist wahrscheinlich, dass durch die Trockenheit der Mundhöhle, die Stagnation des Speichels und die Unthätigkeit der Kaumuskeln infolge der aufgezwungenen flüssigen Diät die Bakterien sich direct in der Parotis entwickeln, gerade während der Ductus der Sitz einer Entzündung ist, die von Bakterien der Mundhöhle herstammt.

EMIL MAYER.

60) Francis Carter Wood. **Die Mischgeschwülste der Speicheldrüsen. (The mixed tumors of the salivary glands.)** *Annals of Surgery. Februar 1904.*

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Es kommt in der Gesichtsregion eine Gruppe von äusserst complicirten Geschwülsten vor, die in innigster Verbindung mit einander Elemente sowohl des Epi- wie des Mesoblasts enthält. 2. Die complicirte Natur des Geschwulststromas, das die verschiedensten Elemente enthält, wie embryonales Bindegewebe, Knorpel, Knochen, Fett, lymphatisches Gewebe und sehr selten quergestreifte Muskelfasern, kann am leichtesten durch die Annahme erklärt werden, dass es sich um eine embryonale Verlagerung des Mesoblasts handelt. 3. Die Structur des Parenchyms ist so wenig charakteristisch in ihrer Morphologie, dass seine epitheliale Natur in allen Fällen nur als wahrscheinlich betrachtet werden kann, doch ist in ungefähr 24 pCt. der untersuchten Fälle die Anwesenheit von Epithel unzweifelhaft. Form und Beschaffenheit der Parenchymzellen berechtigen nicht hinreichend dazu, ihnen einen endothelialen Ursprung zuzusprechen. 4. Die Annahme einer Verlagerung von epiblastischem Gewebe im frühen embryonalen Leben während der Bildung der Parotis und Submaxillaris und der Kiemenbogen, kann viele der morphologischen Eigenthümlichkeiten der Zellen dieser Tumoren erklären, besonders das Fehlen der Merkmale, die wir mit dem Begriff des Epithels verknüpfen. 5. Die Mischgeschwülste der Speicheldrüsen unterscheiden sich in ihrem klinischen Verlauf von den Sarkomen und Carcinomen dadurch, dass sie langsam wachsen und im allgemeinen einen gutartigen Charakter haben. Die regionären Lymphdrüsen sind nicht afficirt und Recidive bleiben in einer erheblichen Anzahl der Fälle local.

EMIL MAYER.

61) W. W. Keen. **Enorme Mischgeschwulst der Parotisgegend. (Enormous mixed tumour of the parotid region.)** *The Journal of the American Medical Association. 30. April 1904.*

Der Tumor reichte bis zur Clavicula herab und wog ungefähr 7 Pfund. Bei der Operation erwies er sich als sehr adhärent an die Gefässe und den Sternocleidomastoideus; seine Oberfläche war von grossen Venen durchzogen, die in die Jugularis mündeten. Durch das Gewicht des Tumors war die Glandula submaxillaris nach unten gezogen bis zur Höhe des oberen Schildknorpelrandes. Bei der Aus-

schälung des Tumors fand sich in der Parotisgegend eine geringe Menge der Parotisdrüse, die mit entfernt wurde. Pat. genas völlig; es blieb nur eine rechtsseitige Facialislähmung, die gegenüber der grossen Entstellung, die Pat. vorher aufwies, nicht viel ins Gewicht fiel.

EMIL MAYER.

62) Lennox Wainwright. **Einseitige Hyperästhesie der Zunge als Begleiterscheinung der acuten Otitis media. (Unilateral hyperaesthesia of the tongue as a concomitant of acute Otitis media.)** *The Laryngoscope. Juli 1904.*

Während der letzten 2 Jahre hat Verf. in 5 Fällen beobachtet, dass die Patienten über ein Stechen und Kribbeln in der Zunge, und zwar auf der Seite, die dem Ohrenleiden entsprach, klagten; dieses Gefühl wurde besonders störend, wenn Citronen oder heisse Getränke genossen wurden. In allen 5 Fällen zeigte die Operation einen starken Flüssigkeitsdruck im Mittelohr.

EMIL MAYER.

63) Robert C. Myles. **Ein Fall von Thyreoglossuscyste und Fistel. (A case of thyreo-glossel cyst and fistula.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Es bestanden zahlreiche Fisteln; häufige Recidive.

EMIL MAYER.

64) Rusca (Barcelona). **Beitrag zum Studium der Makroglossie; ein Fall von Neuro-Fibromatose in dem Stumpf und den Endverzweigungen des Hypoglossus. (Contribucion al estudio de la macroglosia. Caso de neuro-fibromatosis en al tronco y terminaciones del hipogloso.)** *Revist. Ibero-Americ. de Cienc. Medicas. Mai 1903.*

Bericht eines Falles von Megaloglossie infolge von Vorhandensein von neuromatösen Knoten im Verlauf und Verzweigungen des Hopoglossus. Der operative Eingriff hatte ein günstiges Resultat zur Folge. Photographische Abbildungen begleiten den Bericht.

R. BOTEY.

d. Diphtherie und Croup.

65) Fred. Grant Burrows. **Einige instructive Fälle von Diphtherie. (A few illustrative cases of diphtheria.)** *California State Journal of Medicine. October 1903.*

Verf. weist auf die Bedeutung einer rechtzeitigen Diagnose bei Nasendiphtherie hin. Diese hat oft einen sehr langsamen oder doch subacuten Verlauf und die Patienten bilden dann eine ständige Gefahr für die Umgebung und sollten daher sofort isolirt werden. Bei schweren und vernachlässigten Fällen bildet Alkohol ein werthvolles Stimulans. Antitoxin soll häufig und in reichlichen Dosen gegeben werden.

EMIL MAYER.

66) A. Belcham Weyes. **Ein Fall von Diphtherie im Alter von 76 Jahren. (A case of diphtheria at seventy-six years of age.)** *The Journal of the American Medical Association. 30. Januar 1904.*

Der Fall veranschaulicht die Nothwendigkeit einer Culturuntersuchung in allen Fällen von Halsentzündung.

EMIL MAYER.

67) **Alfredo Villa. Ueber den Zustand des Nervensystems bei der Diphtherie-Infection. (Delle condizioni del sistema nervoso nella infezione difterica.)** *Annali di Laringologia ed Otologia. Fasc. III—IV. 1903.*

Eine ungemeine sorgfältige und ausführliche Arbeit, die ausser einem allgemeinen Ueberblick eine Zusammenstellung aller Lähmungsformen, die bei und nach diphtherischer Infection klinisch beobachtet werden, giebt, ferner die pathologische Anatomie behandelt und schliesslich eigene experimentelle Untersuchungen des Verf.'s über den Gegenstand bringt.

FINDER.

68) **Martinez Vargas** (Barcelona). **Primärer Croup; Intubation; äussere Extubation nach 58 Stunden; Heilung. (Garrotillo primitivo; intubacion; extubacion externa á los 58 horas; curacion.)** *La Medicina de los Ninos. März 1903.*

Trotz Fehlens von falschen Membranen in den Fauces und mehrfachen Seruminjectionen traten so heftige Anfälle von Asphyxie auf, dass die Intubation nothwendig wurde.

R. BOTEY.

69) **A. Martinez Vargas** (Barcelona). **Primärer Croup; reine Diphtherie; Intubation; Heilung. (Garrotillo primitivo; difteria pura; intubacion; curacion.)** *La Medicina de los Ninos. Enero 1904.*

Mittheilung eines Falles von primärem Croup. Die 22 Monate alte Patientin zeigte seit einigen Tagen Symptome von Keuchhusten ohne pathologische Symptome seitens des Rachens. Die Intubation wurde zweimal ausgeführt bei drohender Erstickung.

R. BOTEY.

70) **A. Martinez Vargas** (Barcelona). **Primärer Croup; Diphtheria staphylococcica; Intubation, Serum und Cerevesina; Heilung. (Garrotillo primitivo; difteria estafilococcica; intubacion; suero y cerevisina; curacion.)** *La Medicina de los Ninos. Enero 1904.*

Ein dem vorhergehenden ähnlicher Fall, wobei aber neben dem Löffler'schen Bacillus noch Culturen von zahlreichen Staphylokokken gefunden wurden.

R. BOTEY.

71) **J. A. Ellegood. Membranöser Croup und Diphtherie. (Membranous croup and diphtheria.)** *International Medical Medicine. Mai 1903.*

Verf. kommt zu dem Ergebniss, dass pseudomembranöse Entzündungen der Schleimhaut von diphtherischem oder croupösem Typus stets durch den Klebs-Löffler-Bacillus verursacht sind; die nicht virulenten Formen des letzteren sind nichts anderes, als eine Art von saprophytischer Umwandlung des Bacillus. Das negative Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung ist meist nur auf Mängel in der Technik zurückzuführen und Antitoxin erweist sich in allen Fällen als nützlich.

EMIL MAYER.

72) **J. T. Herron. Membranöser Croup. (Membranous croup.)** *Southern practitioner. Juli 1904.*

Verf. betrachtet den primären membranösen Croup als etwas von der Diphtherie verschiedenes insofern nicht wie bei dieser der Löffler'sche Bacillus, son-

der Streptococcus longus, der Streptococcus pyogenes und Staphylococcus die Krankheitserreger sind. Als Mittel ist das Antitoxin anzuwenden. EMIL MAYER.

73) **Busalla** (Altona). **Die Behandlung der Decanulementsschwierigkeiten bei tracheotomirten diphtheriekranken Kindern, mit besonderer Berücksichtigung der „retrograden" Intubation.** *Archiv f. klin. Chir. 70. Bd. 1903.*

Die Methode der sog. retrograden Intubation (v. Cackovic) besteht darin, dass von der Trachealöffnung aus ein ca. 4 cm langes, derbes, aber elastisches Gummirohr von etwas geringerem Durchmesser als das Lumen der Trachea mit seinem längeren Ende in die Trachea, mit seinem kürzeren in den Kehlkopf geschoben wird. Ein durch das Rohr geführter Seidenfaden wird um den Hals gebunden und die Wundöffnung mit Jodoformgaze tamponirt. Busalla hat diese Methode mit gutem Erfolge in Fällen angewandt, in denen mehrere Wochen vergebliche Decanulementsversuche angestellt worden waren. SEIFERT.

c. Kehlkopf und Luftröhre.

74) **Hochsinger** (Wien). **Ueber Stridor congenitus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. Vereinsbeilage. 1903.*

Vortr. will den Stridor congenitus auf Grund von Röntgenaufnahmen auf eine Thymushyperplasie zurückführen. ALBANUS (ZARNIKO).

75) **Samuel Kohn. Congenitaler inspiratorischer Kehlkopfstridor mit Bericht über einen Fall. (Congenital inspiratory laryngeal stridor with report of a case.)** *N. Y. Medical Journal. 16. Juli 1904.*

Verf. giebt zunächst einen Ueberblick über die bereits vorhandene Literatur des Gegenstandes. Er berichtet dann über ein 2jähriges Kind, das seit der Geburt deutlichen Larynxstridor aufweist und seit der 11. Woche unter seiner Beobachtung sich befindet. Die sehr schwierige laryngoskopische Untersuchung ergab eine sehr kleine, an den Ecken umgerollte Epiglottis, so dass diese sich der Form eines Hohlcylinders näherte; die aryepiglottischen Falten schienen hypertrophirt und schlaff. Die Verengerung des Kehlkopfeingangs durch die umgefaltete Epiglottis, die schlaffen, hypertrophirten aryepiglottischen Falten und die während des Inspiriums in Folge der Saugwirkung bewirkte weitere Verengung der Oeffnung schienen den Stridor zu verursachen. LEFFERTS.

76) **J. Sorgo** (Alland). **Ueber die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit reflectirtem Sonnenlicht.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 1. 1904.*

Ein Larynxphthisiker lernte es, sich selbst im Sonnenlichte zu laryngoskopiren, wobei der Patient in dem zu diesem Zwecke verwendeten Toilettespiegel genau controliren konnte, ob die Sonnenstrahlen seinen Kehlkopf trafen oder nicht. Die Gesammtsumme der Sitzungen betrug 26 Stunden. Objectiv wahrnehmbare günstige Beeinflussung der Larynxtuberculose — ein Tuberculom bildete sich zurück. — Zur Vervollkommnung dieser Behandlungsart schlägt S. 1. die vorgehende Kühlung der Sonnenstrahlen durch ein Wasserfilter und 2. die vorherige Anämisirung durch Adrenalin vor. CHIARI-HANSZEL.

77) **W. Freudenthal. Was wir in Fällen von Kehlkopftuberculose erreichen können. (What we can accomplish in cases of laryngeal tuberculosis.)** *Critic and Guide. März 1904.*

Freudenthal unterscheidet eine anämische und hyperämische Form der prätuberculösen Laryngitis. Bei der anämischen Form gebraucht er Insufflationen mit Zinc. sozojodolic. mit Milchzucker (3 pCt.), Argent. nitr., Liquor ferri sesquichlorat. (1 : 30) und Perubalsam. Er vermeidet Adstringentien und Caustica, da ihre Wirkung sich nicht genau abmessen lässt. Bei der hyperämischen Form hat er gute Resultate mit einer Lösung von 5 Theilen Kreosot, 10 Theilen Spiritus vin. und 50 Theilen Glycerin erzielt. Auch erwiesen sich Tannin, Alaun und andere Adstringentia als nützlich. Hat sich eine richtige Kehlkopftuberculose herausgebildet, so ist die Prognose nicht, wie manche meinen, absolut hoffnungslos. Die Möglichkeit der Heilung hängt von dem Zustand der Lungen ab. Bestehen nur einfache Infiltrationen und Heiserkeit, so empfiehlt es sich, nur die Lungen zu behandeln und den Kehlkopf in Ruhe zu lassen, sind jedoch Ulcerationen vorhanden, so haben sich dem Verf. zwei Medicamente als sehr werthvoll erwiesen: Anästhesin und Orthoform. Er giebt den Patienten 1,5—3 Gran Anästhesin, oder noch mehr, mit Zucker mehrmals täglich ohne Wasser. In den meisten Fällen jedoch ist locale Application nöthig; Verf. gebraucht dazu Orthoform, rein oder in Emulsion mit Menthol. Diese Emulsion ist unter dem Namen der Freudenthal'schen bekannt und ist ein ausgezeichnetes Anodynum. Adstringentien können mit dem Orthoform combinirt werden. In Fällen von Geschwürsbildung hat Verf. es für gut befunden, den Oesophagus vor der Speisezufuhr mit Oel schlüpfrig zu machen und hat dazu Olivenöl verwandt. In den letzten Jahren hat er hochgespannte elektrische Ströme benutzt, indem er die Elektrode direct in den Larynx einführt. Seine Erfahrungen mit dieser Methode verspricht F. an anderer Stelle ausführlich wiederzugeben.

EMIL MAYER.

78) **Rose Hall Skillern. Wirksamkeit der Localbehandlung als ein Factor in der Kur der Kehlkopftuberlose. (Efficiency of local treatment as a factor in the cure of laryngeal tuberculosis.)** *American Medicine. 7. Mai 1904.*

Aus den Grundsätzen, die Verf. für die Behandlung der Larynxtuberculose aufstellt, sei Folgendes hervorgehoben: Bei gleichzeitiger schwerer Lungenerkrankung sind extensive chirurgische Maassnahmen, ausser zu palliativen Zwecken, ungerechtfertigt. Ausgedehnte Curettage soll nur in solchen Fällen angewandt werden, in denen begründete Aussicht besteht, die Krankheit zu heilen und wenn sie nothwendig ist, um das Leben für eine Zeit lang zu verlängern. Die Prognose hängt mehr von dem Allgemeinzustand des Patienten, als von der Halsaffection ab. Wenn ausgedehnte Ulcerationen und Substanzverluste vorhanden sind, so ist absolute Heilung ausgeschlossen, jedoch kann derartige Besserung erzielt werden, dass Patient für den Rest seines Lebens beschwerdefrei ist. Die besten Resultate werden erzielt, wenn die tuberculösen Erscheinungen im Larynx localisirt sind.

EMIL MAYER.

79) **S. E. Solly. Die Behandlung der tuberculösen Laryngitis. (The treatment of tubercular Laryngitis.)** *The Laryngoscope. Juni 1904.*

Nächst der Freiluftbehandlung in einem guten Sanatorium und Aufenthalt

in trockenem, sonnigem, kühlem Höhenklima kommt als wichtigster Factor die Localbehandlung in Frage. In Fällen von tuberculöser Infiltration des Kehlkopfes ohne Ulcerationen besteht die beste Behandlung in der submucösen Injection von ungefähr 10 Tropfen einer 15proc. wässerigen Lösung von Milchsäure, der eine Injection von Cocain und Adrenalin vorauszugehen hat. Dies braucht nicht oft, besonders nicht an derselben Stelle, wiederholt zu werden, und hat einen deutlichen Einfluss auf den Process. Desgleichen empfiehlt sich 2—3mal wöchentlich Pinselung mit Sol. Lugol zu gleichen Theilen mit Alkohol oder Glycerin gemischt. Besteht an der Schwellung ein ausgesprochener Schmerz, so rührt dieser meist von einem Ulcus her, das durch die Schwellung verdeckt wird. Ein häufiger Sitz der Erkrankung ist die laryngeale Fläche der Epiglottis. Fährt man mit einem cocaingetränkten Wattebausch über die suspecte Stelle, so sieht man im Fall, dass ein Ulcus vorhanden ist, oft Blut hervorkommen. Ist ein Geschwür aufgefunden, so soll es nach vorheriger Cocanisirung mit concentrirter Milchsäure eingerieben werden. Vor Wiederholung der Milchsäureapplication ist gründliche Curettage nöthig. Am besten ist es, drei Tage nach kräftiger Milchsäureinreibung zu curettiren, da dann das Geschwür aseptisch ist und weniger Gefahr besteht, bei tiefgreifender Curettage eine Reinfection zu machen. Sind die Schmerzen nicht durch Ulceration, sondern durch Entzündung um die Aryknorpel bedingt, so machen submucöse Injectionen oder oberflächliche Applicationen von Jod oder 12proc. Ichthyollösung oder Skarification Erleichterung. Die Anwendung eines 50proc. Adrenalinsprays durch den Patienten selbst verringert die Schwellung und führt dadurch Erleichterung herbei. Orthoformanwendung verwirft Verf., da es nach ihm bei genügender Dosirung einen zersetzenden Einfluss auf die Gewebe ausübt und die Geschwüre vergrössert.

EMIL MAYER.

80) **Massei. Die directe Inspection der Trachea und der Bronchien. (La diretta ispezione della trachea e dei bronchi.)** *Bollett. d. Malattie dell'orecchio, della gola e dal naso. August 1904.*

Nach einem Ueberblick über Geschichte, Technik und Indication der neuen Untersuchungsmethode demonstrirt Verf. vor der Academia medico-chirurgica in Neapel an einem vor einigen Jahren tracheotomirten Patienten die Ausführung der Tracheoscopia inferior.

FINDER.

81) **Arnold Schwyzer. Bronchoskopie. (Brochoscopy.)** *N. Y. Medical Record. 9. April 1904.*

Verf. beschreibt die Entfernung eines Knochens aus einem Bronchus dritter Ordnung mittels des Bronchoskops. Er weist auf die Wichtigkeit dieser neuen Untersuchungsmethode hin und giebt eine Beschreibung von ihrer Anwendung.

LEFFERTS.

82) **Fr. Röpke** (Solingen). **Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper im Kehlkopf und in der Luftröhre.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. p. 189. 1903.*

Mittheilung von 4 Fällen. Bemerkenswerth ist der eine, in welchem ein keuchhustenkrankes Kind eine Doppelnadel, die es zufällig im Munde hatte, im Beginn eines Hustenanfalls aspirirte. Verf. macht darauf aufmerksam, dass die

starken Inspirationen des Anfalls ein derartiges Vorkommniss begünstigen und dass man bei keuchhustenkranken Kindern vorbeugend hierauf achten solle.

F. KLEMPERER.

83) **Erns Botella** (Madrid). **Voluminöser Fremdkörper (Knochen), eingelagert im Vestibulum laryngis. Entfernung auf natürlichem Wege. (Cuerpo extrano [hueso] voluminoso alojado en al vestibulo laringeo; extraccion par la via natural.)** *Boletin de Laringolog. etc. Enero/Febrero 1902.*

B. berichtet die insofern interessante Geschichte des Falles, als sie die Toleranz des Organismus für einen Fremdkörper von grösseren Dimensionen, im Kehlkopf eingelagert, beweist.

R. BOTEY.

84) **Walker Downie. Erstickungserscheinungen bei einem Kind, verursacht durch ein Stück Kohle in der Trachea. Operation. Wiederherstellung. (Symptoms of suffocation in an infant caused by a piece of coal lodged in the trachea; operation; recovery.)** *Lancet. 18. Januar 1904.*

15 Monate altes Kind aspirirte beim Spielen am Kamin ein Kohlenstückchen: heftige Suffocationserscheinungen. X-Strahlen zeigten keinen Fremdkörper. Bei der Tracheotomie fand sich ein grosses Stück Kohle in der Trachea. Heilung.

ADOLPH BRONNER.

85) **Djemil Pascha** (Konstantinopel). **Fremdkörper im Bronchus. (Corps étranger bronchique.)** *Société de chirurgie. 30. December 1903.*

Es handelt sich um ein Kind, das einen Bleistift verschluckt hatte. Nach Vornahme der Tracheotomie sah man den Fremdkörper 5 cm oberhalb der Bifurcation und konnte ihn extrahiren. Die Canüle wurde am 4. Tage entfernt und das Kind ging völlig geheilt aus der Klinik.

PAUL RAUGÉ.

86) **Paul Meunier. Fremdkörper der Bronchien. (Corps étranger des bronches.)** *Société de chirurgie. 16. Februar 1904.*

Ein $3^1/_2$jähriges Kind hatte einen Tapeziernagel mit grossem Kopf aspirirt. Bronchopneumonie. Die Radioskopie zeigte den Fremdkörper im rechten Bronchus. Der Elektromagnet wurde ohne Erfolg gebraucht. Der Fremdkörper wurde schliesslich nach der Tracheotomie mittels einer langen Pincette herausbefördert. Heilung.

PAUL RAUGÉ.

87) **Sébileau** (Paris). **Ueber Extraction von Fremdkörpern aus den Bronchien. (Sur l'extraction des corps étrangers des bronches.)** *Société de chirurgie. 24. Februar 1904.*

Gelegentlich eines von Mourier (Société de Chirurgie, 16. Februar 1904) mitgetheilten Falles weist Verf. darauf hin, dass bei Kindern die Extraction der Fremdkörper relativ leicht ist, da die Bronchien im Vergleich zu denen der Erwachsenen kurz sind. Was die Bronchoskopie anbelangt, so zeigt S., dass deren Handhabung schwierig ist und eine grosse Uebung erfordert, und kommt zu dem Schluss, dass wenn letztere mangelt, es immer noch am sichersten ist, von der Tracheotomiewunde aus die Extraction vorzunehmen.

PAUL RAUGÉ.

88) **Kirmisson** (Paris). **Fremdkörper der Bronchien. (Corps étranger des bronches.)** *Société de chirurgie. 24. Februar 1904.*

Die Radiographie gestattete, den Fremdkörper, den das Kind aspirirt hatte, im rechten Bronchus zu localisiren. K. beschloss, die Extration per vias naturales nach vorgenommener Tracheotomie zu versuchen; an Stelle einer Pincette bediente er sich eines eigens angefertigten Hakens. Zum Unglück konnte das Instrument, nachdem es sich mit Leichtigkeit hatte in den Bronchus einführen lassen, nicht wieder zurückgezogen werden. Der kleine Patient bekam einen Erstickungsanfall und starb auf dem Operationstisch. Die Autopsie ergab, dass das Instrument die Hinterwand des Bronchus perforirt hatte. PAUL RAUGÉ.

89) **Bodener** und **Brunner** (Münsterlingen). **Entfernung eines Fremdkörpers aus dem rechten Bronchus mit Hülfe der Killian'schen Bronchoskopie.** *Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. No. 6. 1904.*

Aspiration eines aus einer Stecknadel mit umwickeltem Köpfchen verfertigten Blasebolzens durch einen 11 jährigen Knaben in einen Hauptbronchus. Röntgenbild. Entdeckung durch das Bronchoskop erst nach Tracheotomie von dieser Oeffnung aus im untersten Theil des rechten Hauptbronchus. Extraction durch Oberarzt C. Brunner mittelst Killian's langem Häkchen. Von Anfang an war der geringe Reizzustand der Bronchien auffallend gewesen. Die Heilung der traumatischen Bronchitis erfolgte $2^1/_2$ Wochen nach der Extraction ad integrum. Verf. schliesst aus diesem Fall, dass der Eingriff ohne Forcirung ungefährlich sei und auch ohne Narkose gut vertragen werde. JONQUIÈRE.

90) **C. Fletcher Ingals. Entfernung einer Nadel aus der Lunge per vias naturales. (Removal of pin from lung per vias naturales.)** *The Journal of the American Medical Association. 30. April 1904.*

Verf. machte zunächst eine subcutane Atropininjection, um die Secretion zu beschränken, leitete dann eine Chloroformnarkose ein, besprayte die Larynx- und Trachealschleimhaut mit 10proc. Cocain- und 0,25proc. Adrenalinlösung. Dann wurde das Killian'sche Bronchoskop von 34 cm Länge und 8 mm innerem Durchmesser durch den Kehlkopf in den rechten Hauptbronchus und einen seiner grössten Aeste eingeführt. Die Theile wurden mittels einer kleinen vom Verf. speciell für diesen Zweck angegebenen elektrischen Lampe erhellt. Durch das Bronchoskop hindurch gelang es, die Nadel mittels einer Zange zu fassen und herauszuziehen. EMIL MAYER.

91) **Julius Lazarus** (Berlin). **Demonstration eines Präparates von Trachealstenose durch Aneurysma.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. Vereinsbeilage. 1903.*

Vortr. möchte das bei Lebzeiten beim Patienten während der Dyspnoe beim Husten auftretende gellende pfeifende Geräusch für besonders bezeichnend für das Vorhandensein einer Trachealstenose halten. Der Larynxbefund war negativ. Keine sicheren Aneurysmasymptome. Die Section ergab ein Aneurysma des aufsteigenden Astes der Aorta. Die Trachea im untersten Theil säbelscheidenförmig zusammengedrückt. Tod durch Erstickung. ALBANUS (ZARNIKO).

92) **Schütze** (Berlin). **Demonstration eines Präparates von primärer syphilitischer Exulceration der Trachea mit secundärer Perforation in den Oesophagus.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. Vereinsbeilage. 1903.*

42jährige Patientin. Oesophago-Trachealfistel. Per os aufgenommene Methylenblaulösung wird in Form von blau gefärbtem Sputum exspectorirt. Tod an Schluckpneumonie, Lungengangrän. Bei der Autopsie obiger Befund.

ALBANUS (ZARNIKO).

93) **Neumann** (Wien). **Beitrag zur Syphilis der Trachea und der Bronchien.** *Wien. klin. Wochenschr. No. 1. 1904.*

Nach einigen Bemerkungen über tertiär syphilitische Erscheinungen in der Trachea und in den Bronchien bespricht N. einen Fall, in welchem mittelst Laryngoskopie constatirt wurde, dass die Eingänge in beide Bronchien durch gummöse Infiltrate verengt waren, vom 4. Trachealringe abwärts das Lumen der Luftröhre von links vorne und rechts hinten ebenfalls durch Infiltrate sich einengte und ca. 16 cm von der Zahnreihe sich eine weisse, leistenförmige Narbe befand, die sowohl der operativen (Versuche auf natürlichem Wege) als auch der Dilatationsbehandlung trotzte.

CHIARI-HANSZEL.

94) **C. Lundgren** (Stockholm). **Einige Worte über Intubation. (Naagra ord om intubation.)** *Eira. p. 155 u. 293. 1903.*

Verf. empfiehlt die Intubation als eine leicht ausführbare Operation und räth in jedem Falle von ausgebildetem Croup oder Pseudocroup in erster Linie Intubation zu machen.

E. SCHMIEGELOW.

95) **Rodriguez Vargas** (Valladoid). **Technik der Intubation beim Kinde und beim Erwachsenen. (Tecnica de la intubacion en el nino y en el adulto.)** *Boletin de Laringolog. etc. No. 15. 1903.*

Eingehende Schilderung des Verfahrens der Intubation.

R. BOTEY.

96) **O. Klauber** (Prag). **Ueber tödtliche Blutungen im Gefolge der Tracheotomie.** *Prager med. Wochenschr. No. 6. 1904.*

Bei einem die Trachea comprimirenden Aneurysmasacke kam es durch den Druck der Trachealcanüle zur Berstung des Sackes.

CHIARI.

97) **J. A. Korteweg** (Leiden). **Behindertes Decanulement nach Tracheotomie.** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. II. p. 1090. 1903.*

Es handelt sich um ein wegen Diphtherie tracheotomirtes 2jähriges Kind, bei dem, nach der Genesung von Diphtherie, die Entfernung der Canüle jedesmal von heftiger Athemnoth gefolgt wurde. In der Klinik versuchte man unter beruhigender Suggestion die Canüle zu entfernen, und wirklich gelang dieses Experiment, ohne dass Dyspnoe auftrat. Nach drei Tagen aber musste wegen imminenter Erstickungsgefahr die Canüle schleunigst wieder eingeführt werden. Alle nachher angestellten Versuche zur Entfernung der Canüle mussten wegen schnell auftretender Dyspnoe aufgegeben werden. Bei der Operation wurde eine das Tracheallumen oberhalb der Canüle vollständig ausfüllende, von dem Rande der Trachealöffnung ausgehende Granulationsmasse gefunden und entfernt. Dann wurde ein

4 cm langes Drainrohr vollständig in die Trachea deponirt (retrograde Intubation, vergl. Langenbeck's Archiv, Bd. 70, S. 508, 1903) und dasselbe nach drei Tagen wieder entfernt. Heilung.

Interessant war, dass das anfängliche Gelingen des Decanulement die Annahme einer organischen Strictur ausschloss.

H. BURGER.

98) Schwarzkopf. **Ein Fall von Bronchitis fibrinosa chronica mit nachweisbarer Localisation und überwiegend aus Schleim bestehenden Bronchialausgüssen.** *Münch. med. Wochenschr. No. 8. 1904.*

Der Titel besagt das Wichtigste, die Details sind im Original nachzulesen.

SCHECH.

f. Schilddrüse.

99) H. Christiani. **Reimplantation gelungener Schilddrüsenpfropfungen. (Réimplantation des greffes thyroidiennes réuissies.)** *Compt. rend. Soc. Biol. T. 55. No. 33. p. 1457.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

100) H. Christiani. **Thyreoideapfropfung bei Fischen und Amphibien. (De la greffe thyroidienne chez les poissons et les amphibies.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 6. p. 227.*

Thyreoideapfropfungen lassen sich bei Fischen und Amphibien mit dem Erfolge einer guten Regeneration der Drüse ausführen.

J. KATZENSTEIN.

101) H. Christiani. **Ueber die Thyreoideapfropfung bei den Vögeln. (De la greffe thyroidienne chez les oiseaux.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 5. p. 192.*

Die Drüse regenerirt sich von der Peripherie nach dem Centrum und hat dann das histologische Aussehen der normalen Drüse. Die alten Gefässe gehen zu Grunde; die Neuvascularisation schreitet gleichfalls von der Peripherie nach dem Centrum fort.

J. KATZENSTEIN.

102) L. Lortat-Jacob. **Einfluss der partiellen Thyroidectomie auf die Zeit des Trächtigseins und Säugens beim Kaninchen. (Influence de la thyroidectomie partielle sur la gestation et la lactation chez la lapine.)** *C. R. Soc. de Biol. LVI. 2. p. 61.*

Partielle Thyreodektomie während der Zeit der Trächtigkeit hat beim Kaninchen keinen Einfluss auf das Leben, führt aber in verschiedener Frist zum Abort.

J. KATZENSTEIN.

103) R. Lépine. **Functionelle Erregung des Thyreoidgewebes durch Anwendung von X-Strahlen. (Excitation fonctionelle du corps thyroïde au moyen des rayons X.)** *C. R Soc. de Biol. LVI. 3. p. 111.*

Setzt man den Hals eines Hundes ca. $^3/_4$ Stunden X-Strahlen aus, während man den anderen Theil seines Körpers durch eine Bleiplatte vor ihnen schützt, so beobachtet man eine Veränderung in der Menge der Phosphorsäure im Urin.

J. KATZENSTEIN.

104) **Abodie** und **Collon. Jodätherinjectionen bei Morbus Basedow. (Injections of Iodo-ether in exophthalmic goiter.)** *Journal American Medical Association.*

Verff. empfehlen folgende Mischung zur Injection in die Struma:

Rp. Jodoform 4
Spir. aeth. 150.

D. S. Jeden zweiten oder dritten Tag 15 Tropfen in die Struma zu injiciren. Durch diese Behandlung war ein Nachlassen der Beschwerden zu constatiren.

EMIL MAYER.

105) **Maslenikow. Ueber bösartige Geschwülste der Schilddrüse. (O slokatschestwen opucholjach schtschitowidnoi shelesi.)** *Chirurgia. Septemb. 1903.*

Beschreibung von 19 Fällen von bösartigen Geschwülsten, die in der Djäkonow'schen Klinik in Moskau operirt wurden.

P. HELLAT.

106) **Goris. Bemerkungen zu einer Serie von 42 Kropfexstirpationen. (Note sur une série de quarante-deux exstirpations de goitres.)** *La Presse oto-laryngol. Belge. No. 3. 1904.*

42 Fälle von Kropfoperationen bei Kranken im Alter zwischen 13 und 73 Jahren, davon kommen auf Rechnung: parenchymatöse Strumen incl. zweier Fälle mit Basedow'schen Symptomen 12; von Cystenkröpfen: uniloculären 10, multiloculären 4; gemischten parenchymatösen mit Cystenkröpfen 10: gemischten fibrösen mit Cystenkröpfen 1; verkalkten Kröpfen 4 und colloiden Kröpfen 1: 5 bei Männern und 37 bei Frauen.

Bezüglich der Operationstechnik fallen auf: 1. intracapsuläre Enucleationen 11; 2. intraglanduläre Enucleationen 13; 3. Enucleationen mit intracapsulärer und intraglandulärer Resection 8; 4. und 5. partielle Thyroidectomien von 1 Lappen 4, mit Resection nach Mikulicz 2; 6. totale Thyroidectomie 1; 7. specielles Verfahren von Thyroidectomie bei verkalkten und tuberculösen Kröpfen 2.

Die Indicationen sind gegeben von Seiten der Trachea und des Herzens: man muss operiren, ehe die Compression Unheil anrichtet.

Die laryngoskopische Untersuchung ist von grossem Nutzen: bei Recurrenscompression findet die intracapsuläre Resection ihre Hauptindication.

Die Gefahren bestehen: A. in Hämorrhagien, welche im Allgemeinen überschätzt werden. Eine Gefahr von Hämorrhagie ist durch eine Lageanomalie der Ven. jugul. int. gegeben, auf welche der Verfasser besonders aufmerksam macht. B. In der Asphyxie, in ihr liegt die einzige Gefahr bei Kropfexstirpationen, weil sie im Beginn der Operation auftritt und dem Chirurgen nicht die Zeit zur Eröffnung der Trachea lässt.

C. Die Durchschneidung des Recurrens lässt sich vermeiden, wenn man die Methode der Enucleation und intracapsulärer Resection vornimmt, und ist nur bei der Thyroidectomie zu befürchten.

Die Folgen der Operationen waren ausser einem Fall von secundärer Hämorrhagie gleich Null.

Der Verf. findet, dass die Kropfexstirpationen zwar ernste Operationen, aber doch nicht so gefährlich seien, wie man früher annahm; alles komme auf eine gute Technik und strenge Asepsis an.

Zum Schluss lässt er eine schematische Zusammenstellung seiner 42 Fälle folgen.

BAYER.

g. Oesophagus.

107) **Schüssler** (Bremen). **Ein Pulsionsdivertikel der Speiseröhre.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 69. Bd. 1903.*

Bei einem älteren Herrn wurde ein Pulsionsdivertikel der Speiseröhre constatirt, das innerhalb von 18 Jahren sich fast um das Dreifache vergrössert hatte, ohne dass die Beschwerden darum gewachsen waren.

SEIFERT.

108) **Richarts** (Würzburg). **Ueber die Differentialdiagnose zwischen tiefsitzendem Divertikel und spindelförmiger Erweiterung des Oesophagus.** *Physik.-med. Gesellschaft zu Würzburg. 4. Februar 1904.*

Es wird zunächst Milch gereicht und darauf die Erweiterung rein gespült. Nun wird eine bis zu 15—20 cm vom unteren Ende mehrfach gefensterte Sonde bis vor das Hinderniss eingeführt und durch sie eine Farblösung eingegossen, deren Anwesenheit in der Erweiterung sich durch Aus- und Einhebern leicht nachweisen lässt. Man schiebt dann ganz langsam die Sonde soweit vor, dass der die Drainage besorgende Theil jenseits des Beginnes des Hindernisses liegt und aspirirt, erscheint nun Milch, so ist die Sonde im Magen. Aus diesem wird sie wieder bis vor das Hinderniss herausgezogen und letzterer mit klarem Wasser ausgespült. Kommt das Wasser ungefärbt zurück, so ist alle Farblösung in den Magen abgeflossen, es handelt sich also um eine spindelförmige Ektasie, während umgekehrt, wenn ein Divertikel vorliegt, der Inhalt derselben, die Farblösung, sich durch Färbung des Spülwassers verrathen muss.

SEIFERT.

109) **P. Kinnicutt. Dilatation der Speiseröhre und des Magens. (Dilatation of the oesophagus and stomach.)** *N. Y. Medical Record. 14. Mai 1904.*

Verf. berichtet über ein Präparat von colossaler Dilatation der Speiseröhre; diese hielt nicht weniger als 1800 ccm Flüssigkeit. Es bestand auch eine Magendilatation. Eine Ursache dafür liess sich nicht auffinden; die Magendilatation konnte vielleicht auf gewisse Enge des Pylorus zurückgeführt werden.

LEFFERTS.

110) **W. B. Sippy. Idiopathische Speiseröhrenerweiterung; Cardiospasmus. (Idiopathic dilatation of the oesophagus; cardiospasm.)** *N. Y. Medical Record. 14. Mai 1904.*

Die Patientin, von der das anatomische Präparat stammte, war eine 43jährige Frau, bei der seit 5 Jahren Symptome von Speiseröhrenverschluss bestanden. Sie musste oft von Tisch aufstehen, um die genossenen Speisen wieder von sich zu geben. Im Hospital wurde festgestellt, dass Pylorusstenose vorlag und Gastroenterostomie vorgenommen. Die Operation hatte einige Besserung im Gefolge, aber nach kurzer Zeit war der alte Zustand wieder vorhanden und schliesslich

trat Exitus ein. Man fand, dass der Oesophagus eine spindelförmige Erweiterung aufwies und 500 ccm Flüssigkeit fasste. Seine Wandungen waren, besonders an der Stelle der grössten Dilatation, erheblich verdickt. LEFFERTS.

III. Gesellschaftsberichte.

Londoner laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. December 1903.

Stellvertretender Vorsitzender: J. Charters Symonds.

Major O'Kinealy: Zeichnungen von Psorospermose, die auf der Schleimhaut des Nasenseptum localisirt ist.

Die meisten der Fälle, von denen die Abbildungen stammen, sind im Medical College zu Calcutta durch Capitain T. B. Kelly zur Beobachtung gelangt. Sie betreffen alle eingeborene Indier und in allen Fällen war der Sitz der Erkrankung vorn am Septum. Die Geschwülste waren gestielt und hatten ein himbeerförmiges Aussehen. Das hervorstechendste Symptom war Nasenbluten. Als beste Art der Behandlung erwies sich Entfernung der Geschwülste mit Cauterisation ihrer Basis. Frisch untersuchte Präparate zeigten das Vorhandensein von Cysten mit granulirten Körpern in denselben; jeder der letzteren enthielt ungefähr ein Dutzend Körnchen, die durch Poren in der Cystenwand in das umgebende Gewebe einzuwandern schienen. Die Sporozoen glichen einem von Pfeiffer in der Schleihe gefundenen und von ihm unter die Myxosporidien gerechneten Parasiten.

Derselbe: Abbildungen von einem grossen aus dem Kehlkopf eines Knaben entfernten Knochenstück.

Das Knochenstück sass seit 5 Monaten im Larynx; man sah es bei der laryngoskopischen Untersuchung dicht über und zwischen den Taschenfalten und dem Tuberculum epiglottidis bis zur Interarytaenoidfalte sich erstrecken. Die Entfernung gelang endolaryngeal unter Cocain-Anästhesie.

Derselbe: Bericht über einen Fall von einseitiger fibrinöser Rhinitis.

Es bestand bei dem 4jährigen Knaben Ausfluss aus der linken Nase und völlige Verstopfung derselben mit schleimig-eitrigen Massen. Daneben fand man Schwellung der Cervicaldrüsen, Fieber und leichte Albuminurie.

Bei Entfernung der Massen aus der linken Nase erwiesen sich dieselben als aus einem mit Secret bedeckten fibrinösen Gerinnsel bestehend. In dem Secret wurden keine Löffler'schen Bacillen gefunden. Unter Anwendung von Nasendouchen trat bald völlige Heilung ein.

Derselbe: Bericht über einen Fall von Tonsillitis membranacea bei einem an Pest leidenden Kinde.

Das Kind kam aus einer pestverseuchten Nachbarschaft in das Hospital. Ueber den Lungen feuchte Geräusche: Drüsenschwellung am Halse; am nächsten

Tage sah man der rechten Mandel adhärent eine gelb-weisse Membran. In der Annahme, dass es sich um Diphtherie handeln könne, wurde eine Seruminjection gemacht und local mit Sublimatlösung gepinselt, mit dem Erfolge, dass die Membran allmälig verschwand. Es traten dann deutlich die Anzeichen der Pest auf und das Kind ging zu Grunde. Eine Obduction oder bakteriologische Untersuchung war leider nicht gemacht worden.

Scanes Spicer: Fall von Kehlkopferkrankung bei einem 51jährigen Mann.

Patient war bereits in der Aprilsitzung des Jahres 1901 vorgestellt worden. Unter Anwendung von combinirter Quecksilber-Jodkalibehandlung war die Verdickung der Kehlkopfhinterwand zurückgegangen und das linke Stimmband hatte seine Bewegungsfähigkeit wieder gewonnen. Achtzehn Monate hielt diese Besserung an, dann zeigte sich — in diesem Jahr — eine kleine warzige Geschwulst am rechten Stimmband gleichzeitig mit allgemeiner Verdickung, Röthung und Oedem der ganzen linken Hälfte des Kehlkopfes und der Epiglottis. Dies blieb trotz wieder aufgenommener specifischer Behandlung bestehen und hatte eine Ulceration der linken Seite der Epiglottis und der linken Zungenhälfte im Gefolge.

Mehrere der Anwesenden gaben ihre Ansicht über diesen zur Diagnose vorgestellten Fall ab, einige von ihnen halten ihn für einen solchen von Combination von Syphilis mit Tuberculose.

Charters Symonds: Fall von Operation wegen Ruptur der Trachea.

Ein 30jähriger Mann verunglückte beim Byciclefahren und erhielt einen starken Stoss mit einer Wagenstange gegen den Hals. Während der folgenden drei Monate litt Patient an zunehmender Athemnoth. Bei der laryngoskopischen Untersuchung sah man in der Höhe des dritten Trachealrings eine blasse Hervorragung von der linken Seite her und auf der rechten Seite eine dunkle unregelmässige Oeffnung, augenscheinlich das veränderte Tracheallumen. Es wurde eine Operation vorgenommen, man fand den dritten und vierten Trachealring verletzt; der eine von ihnen war gebrochen und einwärts gebogen. Die Schleimhaut war geheilt. Die Deformität wurde beseitigt, indem ein Theil des Knorpels entfernt wurde und die angrenzenden Ringe genäht wurden. Heilung.

Sir Felix Semon: Fall von unaufgeklärter Ulceration des linken Stimmbandes von fast anderthalbjährigem Bestehen bei einem 60jährigen Mann.

Der sehr mager und kränklich aussehende Patient wies keine Anzeichen von Tuberculose auf; auch waren keine Tuberkelbacillen gefunden worden. Als er zuerst in Behandlung kam, fand sich nur eine isolirte Congestion der linken Stimmlippe. Einige Monate später war das linke Stimmband theils geschwollen, theils ulcerirt; seine Beweglichkeit war erhalten. Der Allgemeinzustand verschlimmerte sich immer mehr; das linke Stimmband war bald mehr, bald weniger geschwollen. Drüsenschwellungen traten auf und verschwanden wieder. Jodkali

hatte keine Wirkung. S. vermuthet Tuberculose, hält aber auch eine maligne Erkrankung nicht für ausgeschlossen.

Herbert Tillay hält den Fall für einen solchen von chronischer Tuberculose.

Clifford Beale hat ähnliche Fälle beobachtet, in denen bei bestehender Lungentuberculose ebensolche fleischige Gebilde von demselben vasculären Aussehen vorhanden waren.

Es sprechen ferner dazu der Vorsitzende, Law und Scanes Spicer.

Sir Felix Semon: Fall von Epitheliom des Kehlkopfs, zweimal operirt mittelst Thyreotomie und Resection der Membrana cricothyreoidea.

Patient ist ein 58jähriger Mann, der seit längerer Zeit an Albuminurie und chronischem Bronchialkatarrh litt und der die sehr eingreifenden beiden Operationen überstand; er befindet sich noch in Beobachtung. Der Fall gehört ferner zu denen, bei denen nach Eröffnung des Larynx die Erkrankung sich als weit ausgedehnter erweist, als sie im Spiegelbild erscheint. Bei der ersten Operation war besondere Sorgfalt auf die Entfernung der Membrana crico-thyreoidea gelegt worden, trotzdem trat grade an dieser Stelle ein Recidiv ein.

Herbert Tilley: Fall von totaler rechtsseitiger Nasenverstopfung in Folge von chronischen Zahnabscessen.

Es bestand seit 2 Jahren rechtsseitige Nasenverstopfung. Als Patient zuerst untersucht wurde, fand sich in der rechten Nase eine fleischige rothe Masse, die einem vorderen Ende der unteren Muschel glich, mit dem Septum adhärent war und auf Cocainapplication nicht abschwoll. Aussen an der Nase fand sich über den Nasenbeinen eine fluctuirende Schwellung. Punction der Schwellung innerhalb der Nase ergab eine dunkle seröse Flüssigkeit. An dem Alveolardache des äusseren rechten Schneidezahns fand sich eine eiternde Fistel. Unter Narkose wurde das vordere Ende der rechten unteren Muschel sowie der Schneidezahn entfernt. Eine Sonde konnte dann durch die Alveole direct in die rechte Nasenhöhle geführt werden. Es trat ungestörte Heilung ein.

James Donelan: Präparat und Temperaturcurve von einem Fall von Pharynxepitheliom unter Behandlung mit Otto Schmidt'scher Cultur.

Die Präparate bestehen in mikroskopischen Schnitten, die von einer ulcerirenden Geschwulst der Gaumenbögen herstammen. Es bestand gleichzeitig ein ungefähr apfelsinengrosser Tumor hinter dem Unterkiefer, der sich bis in die Parotisgegend erstreckte. Syphilis vor 12 Jahren. Nach einwöchentlicher energischer antisyphilitischer Behandlung erfolgte Besserung und beinahe Heilung des Geschwürs, die Geschwulst wurde steinhart und bedeutend kleiner. Auf Wunsch des Patienten wurde, da der Fall von allen Seiten als für eine Operation nicht mehr geeignet angesehen wurde, Dr. Otto Schmidt's Krebscultur zunächst in minimalen Dosen angewandt. Mit dem Steigen der Dosis beobachtete man eine deut-

liche locale Reaction, wobei die Geschwulst wieder die Grösse bekam, wie vor der Jodbehandlung. Später stieg Dr. Schmidt mit der Dosis; in der ersten Zeit traten Temperatursteigerungen auf. Eine vorher nicht beobachtete Drüse in der Supraclaviculargrube schwoll an und wurde schmerzhaft. Die Culturbehandlung hatte einen ausgesprochenen Einfluss; es war eine erhebliche Abnahme in der Grösse der Geschwulst zu constatiren. Patient ist noch unter Beobachtung.

Hunter Tod: Makroskopisches Präparat von einem Epitheliom des Nasenseptum.

Bei dem 54jährigen Patienten bestand seit 3 Monaten Nasenverstopfung. Auf der linken Seite des Septums fand sich eine ausgedehnte Schwellung mit centraler Ulceration. Keine Drüsen. In der Anamnese keine Lues. Die mikroskopische Untersuchung eines vom Rande des Ulcus entnommenen Stücks ergab Epitheliom. Es wurde mittels Operation von aussen her das Septum in toto bis auf seinen oberen und hinteren Rand entfernt. Drei Monate später entwickelte sich in der Hautwunde eine rapid wachsende Anschwellung, die T. höchst wahrscheinlich für ein Recidiv hält.

Der Vorsitzende und De Santi halten eine ausgedehnte Operation des Oberkiefers gegen diese augenscheinlich ein Recidiv vorstellende Anschwellung für geboten.

Hunter Tod: Lupus der unteren Muschel und des knorpligen Septums bei einer 26jährigen Frau.

Der Fall war ein Jahr lang als Syphilis behandelt worden; ausser in der Nase fanden sich nirgends sonst Anzeichen von Lupus.

Cresswell Baber: Fall zur Diagnose.

Patient ist ein 63jähriger Mann mit zahlreichen kleinen weissen Bläschen in Mundhöhle, Rachen und Larynx, die sich leicht ablösen liessen und dann eine blutende Fläche zurückliessen. Es bestand etwas Dysphagie. Leichte Schwellung der Drüsen, die Membranen bestanden aus Epithelzellen, Granulationsgewebe und fibrinöser Exsudation. Keine Diphtherie- und Tuberkelbacillen.

Sir Felix Semon stellt die Diagnose auf Schleimhaut-Pemphigus. Es wäre das der vierte Fall, den er gesehen hat. Die Schwierigkeit der Diagnose wird durch die Hinfälligkeit der Blasen gegeben, die nur ein paar Stunden lang bestehen bleiben. Im vorliegenden Fall ist eine solche Blase gerade auf der rechten Seite der Epiglottis im Entstehen begriffen. Er hat Besserung des Zustandes nach Anwendung von Liquor Opii sedativus in steigenden Dosen gesehen. Von Arsenik hat er keinen Erfolg gesehen. Besonders charakteristisch ist, wenn die Affection an der Conjunctiva beginnt, ein narbiger Schrumpfungsprocess an derselben als Folgeerscheinung.

Der Vorsitzende hat zwei Fälle gesehen, von denen der eine die von Sir Felix Semon erwähnte Veränderung an der Conjunctiva aufwies.

Lambert Lack: Pharyngotomia subhyoidea wegen maligner Erkrankung der Epiglottis und der Zungenbasis.

Patient ist ein 60jähriger Mann in gutem Allgemeinzustand. Es wurde ein Schnitt längs des vorderen Randes des M. sternocleidomastoideus auf beiden Seiten gemacht, alle Drüsen fortgeräumt. Diese beiden Schnitte wurden dann durch einen Querschnitt dicht unter dem Zungenbein verbunden; die Membrana thyreohyoidea wurde unmittelbar über dem Schildknorpel durchtrennt und die Epiglottis nahe ihrer Basis durchschnitten. Nachdem der Pharynx gut eröffnet war, wurde die Geschwulst herausgezogen und entfernt. Mit dicken Catgutnähten wurde Zungenbasis und Zungenbein nach unten am Schildknorpel befestigt und so die Oeffnung des Pharynx geschlossen. In den ersten 14 Tagen Erährung mit der Magensonde. Gute Heilung. Nach 6 Monaten kein Recidiv.

Der Vorsitzende hat mehrere derartige Fälle gesehen; er hält die Schnittführung Lack's für sehr zweckmässig.

De Santi: In allen Fällen von Zungenkrebs sollten so, wie es hier gethan worden ist, die Drüsen entfernt werden.

Sir Felix Semon ist der entgegengesetzten Ansicht, d. h. er hält es für nicht nöthig, bei einem inneren Carcinom, wenn die Drüsen nicht augenscheinlich afficirt sind, diese zu entfernen. Wird ein ausschliesslich auf den Larynx beschränktes Carcinom bei Zeiten operirt, so braucht man kein Recidiv zu befürchten.

St. Clair Thomson: Geschwulst am linken Stimmband.

Patient ist ein 48jähriger Mann, der im Jahre 1893 mit Koch'schem Tuberculin behandelt wurde. Seit einem Jahre Heiserkeit; man sieht am linken Stimmband, dessen Beweglichkeit nicht behindert ist, einen Tumor. Sputum frei von Tuberkelbacillen.

Clifford Beale erinnert sich, dass der Patient eine starke Reaction auf Tuberculin zeigte. Er hält den vorliegenden Tumor für den Ausdruck einer chronischen Tuberculose des linken Stimmbandes.

H. J. Davis: Fall von starkem Niesparoxysmus.

52jährige Frau, die an Anfällen von 40—50maligem Niesen leidet. In der Nase ausser einer leichten Schwellung nichts auffindbar. Therapie: Eisen und alkalische Spülungen. Besserung.

Cathcart: Fall von Lähmung des weichen Gaumens und Sprachstörung.

11jähriger Knabe. Die Störung datirt seit frühester Kindheit. Patient kann keine Consonanten ausser m, n und b aussprechen. Im Alter von 16 Monaten Diphtherie.

Brown Kelly hält den Fall für eine angeborene Insufficienz des weichen Gaumens.

Discussion: Waggett, Scanes Spicer und Sir Felix Semon.

Dundas Grant: Fall von Pharyngomykose mit Befallensein der Gaumentonsille bei einem 17jährigen Mädchen.

Derselbe: Fall von Pharyngomykose mit Befallensein der laryngealen Fläche der Epiglottis.

Discussion: Der Vorsitzende, Sir Felix Semon, Spencer, Waggett, Law, Tilley, Scanes Spicer. Es wird allgemein die Meinung ausgedrückt, dass eine locale Behandlung dieser Affection unnöthig sei, da man auf ihr spontanes Verschwinden rechnen könne.

Brown Kelly hat bisweilen unter der Schleimhautoberfläche weisse Flecken gesehen, die sich bei makroskopischer Untersuchung als aus concentrisch angeordneten Zelllagen bestehend erwiesen. Diese wachsen nach der Schleimhaut durch und bilden Excrescenzen, die dann einen günstigen Boden für Entwickelung von Leptothrix bilden. E. B. Waggett.

IV. Briefkasten.

Franz Riegel †.

Am 26. August entschlief nach langen schweren Leiden zu Giessen der Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Franz Riegel. Er gehörte zu der immer kleiner werdenden Schaar deutscher Kliniker, die der Laryngologie in ihrer Jugend lebhaftes Interesse entgegenbrachten und ihr Aufblühen förderten. Seine beiden Arbeiten „Ueber die Lähmung der Glottiserweiterer" (Berl. klin. Wochenschr. 1872) und „Ueber respiratorische Paralysen" (Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 95, 1876) sichern dem Heimgegangenen für alle Zeiten einen ehrenvollen Platz in der Literatur unserer Specialwissenschaft. Felix Semon.

Wandveränderungen bei Stirnhöhlenentzündungen und rhinogene Hirnabscesse.

Hierdurch richte ich an alle Herren Collegen die Bitte, mir gütigst eine kurze Notiz darüber zukommen lassen zu wollen, ob sie unter ihren Fällen von Stirnhöhlenentzündungen solche mit Wandveränderungen (Periostitis, Caries, Abscess, Dilatation) beobachtet haben.

Im Bejahungsfalle bitte ich um eine kurze Mittheilung — möglichenfalls auch des Procentverhältnisses zu den gewöhnlichen Stirnhöhleneiterungen und speciell eventueller bakterieller Befunde, oder um Angabe des Publicationsortes. Für Zusendung betreffender Separatabdrücke wäre ich besonders dankbar.

Auch die „Rhinogenen Hirnabscesse" rechne ich hierher, insofern Wandveränderungen ihre Vorbedingung bilden.

Die Herren Collegen, die keine bezüglichen Beobachtungen gemacht haben, bitte ich nur um ein kurzes „vacat".

Mit vielem Dank im voraus und collegialem Gruss

ergebenster

Prof. Dr. Gerber (Königsberg).

Die Section für Laryngo-Oto-Rhino-„Stomato“logie des nächsten internationalen medicinischen Congresses.

Was in der Briefkastennotiz der Julinummer ironisch noch als zweifelhaft bezeichnet wurde, ist mittlerweile, so unglaublich es auch scheinen mag, zur Wirklichkeit geworden. Aus dem vorläufigen Programm des Lissaboner internationalen medicinischen Congresses, welches soeben (27. August) im British Medical Journal veröffentlicht worden ist, ergiebt sich sonnenklar, dass diesmal die Laryngo-Rhino-Otologen der Welt mit den Zahnärzten zu einer Section verschmolzen worden sind! — Unter den neun zur allgemeinen Discussion gestellten Thematen befinden sich nicht weniger als drei von rein odontologischem Interesse: „Die Wahl eines Anaestheticums für Zahnextractionen“, „Die Behandlung der Pyorrhoea alveolaris“. „Die Bestimmung des pathogenen Factors bei der Caries der Zähne“.

Wir glauben im Namen der weitaus grösseren Majorität der Laryngologen und Otologen aller Länder zu sprechen, wenn wir — bei aller Hochachtung für die Leistungen der modernen Odontologie — diese Verschmelzung, die uns ungefragt aufgedrängt worden ist, einfach zurückweisen! — Weitere Worte darüber zu verlieren, erscheint uns überflüssig.

Noch sei bemerkt, dass unter den Referenten, welche die Einführung der einzelnen Themata übernommen haben, sich nicht ein einziger deutscher. österreichisch-ungarischer, britischer, amerikanischer, belgischer, holländischer, russischer, schweizer oder skandinavischer Laryngolog oder Otolog befindet!! — In wie weit die Verhandlungen der betreffenden Section danach auf den Namen „international“ Anspruch erheben dürfen, wird jedermann sich leicht selbst sagen können.

Felix Semon.

Ungarische Rhino-Laryngologische Gesellschaft.

Die seit 10 Jahren bestehende Gesellschaft der ungarischen Ohren- und Kehlkopfärzte hat sich den beiden Specialitäten entsprechend in zwei selbstständige Gesellschaften getheilt. Der laryngologische Theil führt den Namen: „Ungarische Rhino-Laryngologische Gesellschaft“. Vorsitzender derselben ist unser verehrter Mitarbeiter Prof. E. v. Navratil.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, November. 1904. No. 11.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Orlandini. Klinisch-statistischer Bericht vom 1. August 1902 bis 31. Juli 1903. (Resoconto clinico-statistico dal 1. agosto 1902 al 31. luglio 1903.)** *Arch. Ital. di Otologia. VI. 1904.*

Aus dem Bericht sei Folgendes hervorgehoben: Von 80 Ozaenakranken wurden 60 operirt, und zwar wurden meist die vorderen und hinteren Siebbeinzellen ausgeräumt, in einigen Fällen auch die Stirn- und Keilbeinhöhlen eröffnet. Bisweilen genügte auch blos die Abtragung der mittleren Muschel, um das hervorstechendste Symptom, den Foetor, zum Verschwinden zu bringen. Von den Operirten sind 22 völlig geheilt, bei 35 ist der Foetor verschwunden, jedoch dauert die Borkenbildung noch an. Zwei maligne Tumoren der Nase wurden beobachtet: ein Fibrosarkom des Keilbeinkörpers und ein papilläres Carcinom der unteren Muschel. Ferner wird über einen Fall von Mucocele der Stirnhöhle mit Exophthalmus, Strabismus und Hornhautgeschwür berichtet; ebenfalls über eine Mucocele des Siebbeins.

Ein gutartiger Tumor der Tonsillen erwies sich als zum grössten Theil aus elastischem Gewebe zusammengesetzt. Bei einem 10jährigen Kinde kamen tuberculöse Ulcerationen im Pharynx zur Beobachtung.

Von den beiden malignen Larynxtumoren, die beobachtet wurden, war der eine ein Sarkom. Bei einer 20jährigen Frau entstand in den letzten Schwangerschaftsmonaten Erstickungsgefahr infolge eines subglottischen Abscesses, der durch die Tracheotomie eröffnet wurde.

FINDER.

2) **F. Nowotny** (Krakau). **Die Therapie an der Universitätsklinik des Professer Pieniazek für Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten in Krakau.** *Aerztliche Centralzeitung. No. 8 bis 14. 1904.*

Der grösste Theil der unter alphabetisch geordneten Krankheitsbezeichnungen behandelten therapeutischen Maassnahmen ist allgemein anerkannt und üblich. Nur Folgendes sei hervorgehoben:

Bei eitrigen Processen — auch bei collateralen Oedemen — wird principiell von Eisverabfolgung abgesehen. Peritonsillarabscesse werden möglichst weit nach aussen von der Tonsille incidirt. Verklebungen des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand infolge von Sklerom werden mit dem Galvanokauter getrennt und die Oeffnung mit Nasenrachenzangen erweitert und offen gehalten. Sarkome des Nasenrachenraumes werden mit scharfen, spatenförmigen Zangen unter Fingercontrole — ohne Freilegung des Operationsfeldes — operirt. Auch bei acuter Tonsillitis wird tonsillotomirt — angeblich ohne stärkere Blutung. Zum Zwecke der Dauerdilatation von Kehlkopfverengerung wird Schrötter's Hartgummirohr oder Zinnbolzen angewandt. Gegen Strumen werden Jodpräparate verordnet, Thyreoidin sei nicht gleichgültig (Dosirung? Anm. des Ref.), eventuell wird operativ vorgegangen. Cristae septi werden mit dem Messer oder Meissel abgetragen. Bei stärkeren Deviationen wird ohne Rücksicht auf die Perforation die Partie der grössten Convexität abgetragen, bei mässigen gewöhnlich die Muschelbehandlung vorgezogen, bei Verbiegungen der knorpeligen Scheidewand der Kreuzschnitt mit folgender Tamponade ausgeführt. Für Fremdkörper im Oesophagus dient der Münzenfänger (die Bedenken gegen die Fremdkörperentfernung auf ösophagoskopischem Wege kann Ref. nicht theilen).

CHIARI-HANSZEL.

3) **Louis C. Deane. Einige neue Fortschritte und Forschungen in Rhinologie und Otologie. (Some recent advances and investigations in Rhinology and Otology.)** *California State Journal of Medicine. Mai 1904.*

Ein sehr interessanter Artikel, dessen Inhalt durch den Titel gekennzeichnet ist.

EMIL MAYER.

4) **J. Henderson. Ueber die Beziehungen der Thymus zu den Geschlechtsorganen. 1. Der Einfluss der Castration auf die Thymus. (On the relationship of the thymus to the sexual organs. 1. The influence of castration on the thymus.)** *Journ. of Physiol. Vol. XXXI. No. 3 u. 4. p. 222. 1904.*

Castration erzeugt beim Rindvieh andauerndes Wachsthum und verzögerte Atrophie der Thymus. Castration hat einen ähnlichen Einfluss bei Meerschweinchen und Kaninchen. Bei Stieren und jungen Kühen beginnt die normale Atrophie der Thymus nach Eintritt der Pubertät; die Atrophie wird beschleunigt, wenn die Stiere zum Decken verwandt und die Kühe trächtig werden.

J. KATZENSTEIN.

5) **D. N. Paton** und **A. Goodall. Beitrag zur Physiologie der Thymus. (Contribution to the physiology of the thymus.)** *The Journal of Physiology. Vol. XXXI. No. 1. p. 49. März 1904.*

Bei Meerschweinchen wächst die Thymus, bis das Thier ein Gewicht von ungefähr 300 g oder ein Alter von etwa 2 Monaten hat, d. h. bis zur Zeit der Fortpflanzungsfähigkeit; nach dieser Zeit beginnt die Drüse zu degeneriren. Entfernung der Drüse sofort nach der Geburt hat keinen Einfluss auf das Wachsthum des Thieres. Entfernung der Drüse bewirkt keine Aenderung in der Zahl der Erythrocyten, hat aber eine Abnahme der Leukocyten im Gefolge, deren Dauer bei den von den Verff. beobachteten Thieren ca. 2 Monate währt. Alle Arten von Leukocyten nehmen an dieser Abnahme theil.

J. KATZENSTEIN.

6) **P. Scheffelaar Klots** (Nymegen). **Ein Fall von Lymphoma malignum. (Een geval van lymphoma malignum.)** *Medisch Weekbl. X. No. 23.*

Riesige Anschwellung der Halsdrüsen sowie auch von sämmtlichen anderen Lymphdrüsen bei einem 23jährigen Landmann. Dieselben sind nicht verwachsen und zeigen Pseudofluctuation. Anfänglich gar keine Beschwerden. Nach einigen Monaten acute Tonsillitis mit heftiger Dyspnoe. Nach einem halben Jahre wiederum acute Angina mit hoher Temperatur und plötzlichem letalen Ausgang. Section verweigert.

H. BURGER.

7) **H. Eijkmann. Die Bewegung der Halsorgane.** *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. VII. 3. S. 130.*

Haltungsänderungen des Kopfes haben wesentlichen Einfluss auf Stellung undBewegung von Larynx und Pharynx.

J. KATZENSTEIN.

8) **Franz Nowotny** (Krakau). **Zur Diagnose des Aortenaneurysma.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 161. 1903.*

Mittheilung zweier interessanter Fälle, in denen trotz Erschöpfung aller diagnostischer Mittel die Diagnose unsicher, bezw. unmöglich war. Bei beiden Fällen wurde die Tracheotomie gemacht und ein harter Tubus über die verengte Stelle hinausgeführt. Dies Verfahren ist gefährlich — beide Fälle gingen an Perforation des Aneurysmas zu Grunde —, aber wegen drohender Erstickungsgefahr doch unumgänglich; Verf. empfiehlt, damit bis zum letzten Augenblick zu warten.

F. KLEMPERER.

9) **Martin F. Engman. Die Beziehung zwischen gewissen Katarrhen der Haut und gewissen Katarrhen der Schleimhaut von Auge, Nase, Ohr und Hals. (The relation between certains catarrhs of the skin and certain catarrhs of the mucous membrane of the eye, ear, nose und throat.)** *Interstate Medical Journal. December 1903.*

Es handelt sich bei diesem Zusammenhang um eine Autoinfection, die entweder auf dem Lymphwege oder durch directe Inoculation des infectiösen Sekrets zu Stande kommt.

EMIL MAYER.

10) **Laris A. Coffin. Die Beziehung von Krankheiten der oberen Luftwege zu Magenkrankheiten. (The relation of diseases of the upper air passages to diseases of the stomach.)** *The Laryngoscope. April 1904.*

Eine Zusammenfassung der von demselben Verfasser in einer früheren Arbeit über das gleiche Thema niedergelegten Ansichten.

EMIL MAYER

11) **Richard H. Johnston. Pemphigus (?) des Respirationstractus mit Veränderungen an der Conjunctiva. (Pemphigus [?] of the respiratory tract with conjunctival lesions.)** *Journal of Eye, Ear and Throat diseases. Mai-Juni 1904.*

Die Diagnose des Pemphigus gründet sich in dem vorliegenden Falle vor allem auf das eigenthümliche Aussehen der Conjunctiva, das völlig dem bei Pemphigus oder „essentieller Schrumpfung" der Conjunctiva beschriebenen entsprach,

ferner auf das Auffinden des Demme'schen und Dähnhardt'schen Bacillus. Unter Arsenik trat geringe Besserung ein. Es trat schliesslich totales Symblepharon auf.

EMIL MAYER.

12) **Thimm** (Leipzig). **Psoriasis vulgaris der Haut und Schleimhaut, ihre pathologische Stellung und Aetiologie.** *Monatsh. f. pract. Dermat. Bd. 39. 1. 1904.*

Bei einem 36jährigen Manne traten gleichzeitig mit der allgemeinen Eruption der Schuppenflechte an der Schleimhaut der Wangen, der Lippen und der Zunge permutterartige leukplakische Flecken auf, welche Thimm als Psoriasis der Schleimhaut bezeichnet. Ein Stückchen derartig erkrankter Schleimhaut wurde excidirt zu histologischen Zwecken. Das pathologische Bild des beschriebenen Falles scheint ihm anatomisch am ersten mit der Theorie vom entzündlichen Charakter und ätiologisch mit der Annahme eines parasitären Ursprunges der Psoriasis vulgaris in Einklang zu bringen zu sein.

SEIFERT.

13) **Nieddu. Einige Resultate der Radiotherapie. (Alcuni risultati di radioterapia.)** *R. Academia di Medicina di Torino. 1. Juli 1904.*

Verf. berichtet über die in der oto-laryngologischen Klinik in Turin mit Röntgenstrahlen behandelten Fälle. Es sind dies folgende:

Ein Fall von Lupus der Nasenscheidewand. Vernarbung der Ränder der bestehenden Perforation.

Zwei Fälle von Hautepitheliom, eines an der Nase und das andere an der Oberlippe. Vernarbung.

Drei Sarkome, eines der Parotisgegend, zwei des Nasenrachens. Resultat negativ.

Ein grosses Adenosarkom der Tonsille. Heilung.

Drei grosse gutartige Drüsengeschwülste an der Seite des Halses. Rapide Heilung.

Verf. betont besonders die grosse Wirksamkeit der Röntgenstrahlen bei Adenomen.

FINDER.

b. Nase und Nasenrachenraum.

14) **B. Alexander. Ueber Nasenathmung und Training.** *Zeitschr. f. diät. und physik. Therapie. Bd. VIII. 1094/1905.*

Aus den Versuchen A.'s geht hervor, dass wenn trotz wachsenden Sauerstoffbedürfnisses der Mund geschlossen bleibt, sich ein dyspnoischer Zustand mit consecutiver Blutdrucksteigerung entwickelt. A. hat bei geschlossenem Munde, unausgesetzt durch die Nase athmend, den Ziesel (1782 m hoch) von Reichenhall (470 m über der Nordsee) bestiegen. Zweimal kam er langsam, aber in guter Verfassung auf die Spitze, musste aber oft stillstehen und andauernd die Athmung willkürlich verstärken. Das dritte Mal ging A. rascher; dabei stellten sich Pulsationen und Druckgefühl unter dem Manubrium sterni und in der linken Schädelhälfte ein, so dass er den Versuch bei geöffnetem Munde vollenden musste. Verf. führt nun aus, dass, trotzdem durch directe willkürliche Beeinflussung eine grössere

Ausdauer in der Nasenathmung nicht zu erzielen ist, diese durch Trainiren erreicht werden kann. Infolge der Trainirung bleibt die Mitaction unnöthiger Muskeln, besonders auch der Athemmuskeln aus; die Folge davon muss ein geringeres Sauerstoffbedürfniss sein. So soll die Ausdauer der Nasenathmung erhöht und eine Ueberanstrengung des Herzens vermieden werden. J. KATZENSTEIN.

15) F. Charles Larkin. **Ein Fall von Fractur der vorderen und mittleren Schädelgrube mit Cerebrospinal-Rhinorrhoe. (A case of fracture of the anterior and middle fossae of the skull with cerebrospinal rhinorrhoea.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. October 1902.*

Ein 21jähriger Arbeiter erlitt durch einen Fall eine Fractur der Schädelbasis. Die Bruchlinie verlief schräg nach vorn vom linken Foramen lacerum durch das Dach der Keilbeinhöhle in die Orbitalplatte des Stirnbeins. Die Dura mater war längs dieser Bruchlinie zerrissen. Die Cerebrospinalflüssigkeit lief in die Keilbeinhöhle und von dort in die Nase. Patient starb an Meningitis. In einem früheren Fall des Verf.'s ging die Fractur durch die Stirnhöhle und die Cerebrospinalflüssigkeit floss durch diese in die Nase. A. LOGAN TURNER.

16) Arnold Schwyzer. **Ein Fall von Kleinhirntumor mit Ausfluss von Cerebrospinalflüssigkeit durch die Nase. (A case of cerebellar tumor with escape of cerebrospinal fluid through the nose.)** *St. Paul Medical Journal. November 1902.*

Die Autopsie ergab, dass der Tumor ein Sarkom war, das aus grossen Spindelzellen und an manchen Stellen grossen runden Zellen bestand. Der Tumor hatte intra vitam eine Reihe von Symptomen verursacht, deren auffallendstes ein Ausfluss aus der rechten Nase war.

Die Flüssigkeit glich in Bezug auf Farbe und Consistenz dem Wasser, war nicht fadenziehend. Der Ausfluss hielt Tag und Nacht ununterbrochen an, was ihn schon von einer gewöhnlichen Hydrorrhoe unterschied. In der Flüssigkeit wurde kein Mucin und nur ganz geringe Mengen von Eiweiss nachgewiesen. Die Art, wie die Flüssigkeit aus der Nase tropfte, besonders wenn der Patient den Kopf nach vorn beugte, ihr Aussehen und die chemische Beschaffenheit machen es für den Verf. sicher, dass es sich um Cerebrospinalflüssigkeit handelte.

EMIL MAYER.

17) P. Masucci. **Die Phobien intranasalen Ursprungs. (Le fobie di origine intranasale.)** *Giorn. Internaz. delle Scienze Mediche. 15. December 1903.*

Verf. hat 5 Fälle beobachtet, in denen bei Neuropathien und ausgesprochenen Phobien Nasenstenose infolge von Hypertrophie der Muscheln, Septumleisten etc. bestand und wo mit der Beseitigung der Nasenstenose die Symptome von seiten des Nervensystems verschwanden oder sich erheblich besserten. Verf. ist der Ansicht Oppenheim's und Goldscheider's, dass die neurasthenischen Phobien meist auf einen — wenn auch geringen — somatischen Krankheitsherd zurückzuführen sind, den ausfindig zu machen Sache einer genauen Untersuchung ist. FINDER.

18) **E. C. Clark. Zwei interessante Fälle von nasalem Reflex mit fast gleichen Symptomen. (Two consecutive and interesting cases of nasal reflex with almost identical symptoms.)** *Medical Standard. März 1904.*

In beiden Fällen waren Symptome von Seiten des Halses vorhanden, die nach Entfernung einer Septumleiste verschwanden.

EMIL MAYER.

19) **G. Hudson Makuen. Neurosen nasalen Ursprungs. (Neuroses of nasal origin.)** *American Medicine. 4. Juni 1904.*

Verf. hält es für gerechtfertigt, anzunehmen, dass einige der ernsteren Geistes- und Gehirnkrankheiten nasalen Ursprungs sein können. Manche der sogenannten nasalen Reflexneurosen lassen sich am besten mittels der Theorie von der gestörten Athmung und aus dem Gleichgewicht gebrachten Gehirncirculation erklären, die auf intranasalen Druck oder auf Resorption toxischer katarrhalischer Producte durch die Blut- und Lymphgefässe zurückzuführen sind. In allen Fällen von Nervenerkrankung ist eine gründliche Untersuchung der Nase geboten.

EMIL MAYER

20) **V. E. Henderson. Heufieber; seine Aetiologie und specifische Behandlung. (Hayfever; its etiology and specific treatment.)** *Canadian Practitioner and Review. Januar 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

21) **J. E. Alberts** (Amsterdam). **Das Heufieber in 1903. (De hooikoorts in 1903.)** *Gen. Courant. 16. April 1904.*

Hauptsächtlich Referat der Lübbert und Prausnitz'schen Arbeit in der Berl. klin. Wochenschr. 1904, No. 11 und 12.

H. BURGER.

22) **Notiz des Herausgebers. Heufieber. (Hayfever.)** *Cincinnati Lancet. 16. Juli 1904.*

Verf. bedient sich seit einigen Jahren mit Erfolg folgender Behandlungsmethode: Nachdem die Schwellungen unter Anwendung von Adrenalinlösung beseitigt sind, wird ein Pulver eingeblasen, das zu gleichen Theilen aus stearinsaurem Zink und Borsäure besteht. Dies wird mehrere Male täglich wiederholt.

EMIL MAYER.

23) **Ralph W. Parsons. Heufieber; einige practische Fingerzeige für seine Behandlung. (Hayfever, some practical suggestions for its treatment.)** *N. Y. Medical Record. 16. Juli 1904.*

Nichts Neues.

LEFFERTS.

24) **Henry D. Fulton. Die locale Anwendung von Chinin bei Heufieber. (The local use of Chinine in hayfever.)** *The Journal of the American Medical Association. 30. Juli 1904.*

In typischen Fällen von Heufieber hat sich dem Verf. die locale Anwendung von Chinin als sehr wirkungsvoll erwiesen. Die Behandlung besteht im Gebrauch eines Nasensprays mit gesättigter Lösung von Chinin. sulf. in sterilisirtem Wasser und der Application einer Chininsalbe auf die Nasenschleimhaut; diese Application

hat alle 4—6 Stunden zu erfolgen. Für die Zusammensetzung der Salbe erwies sich einfaches Vaselin als das beste. Die Anwendung des Sprays allein genügt nicht, sondern ist erst wirksam, wenn danach gründlich die Salbe gebraucht wird. Das erklärt wohl, warum die zuerst von Helmholtz empfohlene Behandlung mit dem Spray keinen rechten Erfolg hatte. Die Anwendung dieser Behandlungsmethode vor dem Zubettgehen und um 2—3 Uhr Morgens ist ein Präventivmittel gegen alle Heufiebersymptome während der Nacht. Innerhalb 24 Stunden soll der Chininspray 2—3 mal, wenn der Patient fühlt, dass der Irritationszustand seinen Höhepunkt erreicht hat, gebraucht werden. Die Application der Salbe geschieht am besten mit dem kleinen Finger. Bei Personen, bei denen sich der bittere Geschmack des Chinin im Halse als ein Hinderniss für die Anwendung erweist, kann an Stelle dessen mit demselben Nutzen Euchinin gebraucht werden. Unter dieser Behandlung hat Verf. gesehen, dass die Schnupfensymptome sofort nachliessen und so lange die Behandlung anhielt, nicht wieder auftraten. Ebenso verschwanden gleichzeitig die Reizungserscheinungen in den Conjunctivae und der Rachenschleimhaut.

EMIL MAYER.

25) **Otto Scherer. Einige Untersuchungen über Heufieber. (Some investigations on hayfever.)** *Journal Michigan State Medical Society. Mai 1904.*

Verf. war nicht im Stande, zu einer Zeit ausserhalb der Heufieberperiode durch Pollen von Artemesia bei Personen, die für Heufieber empfänglich waren, die charakteristischen Augensymptome hervorzurufen.

EMIL MAYER.

26) **Alexander W. Mac Coy. Eine klinische Studie über die Anwendung von Antitoxin-Serum (Dunbar) bei Heufieber während der Saison 1903. (A clinical study of the use of antitoxine serum [Dunbars] in hayfever during the season of 1903.)** *N. Y. Medical Journal. 21. November 1903.*

Verf. hat das Dunbar'sche Serum in 15 Fällen angewandt, von denen er 6 im Detail wiedergiebt. Die Fälle waren typische mit den klassischen Symptomen der Krankheit. Das Serum wurde auf die Conjunctival- und Nasenschleimhaut mittels einer Pipette applicirt; ein oder zwei Tropfen wurden 2—4 mal täglich für die Augen und die doppelte Menge 2—6 mal täglich für die Nase gebraucht. Die Resultate waren in allen 15 Fällen höchst zufriedenstellend. Mac Coley meint, es sei noch nachzuweisen, ob es in Amerika Fälle von Heufieber giebt, auf die die Serumbehandlung ohne Einfluss ist. So weit die Erfahrung aus seinen Fällen reicht, stimmt er Dunbar zu, dass die Heufieberanfälle bedingt sind durch die in den Pollen der Gräser enthaltenen Toxine.

LEFFERTS.

27) **Alexander Francis** (London). **Ueber die Natur des Zusammenhangs zwischen Asthma und Nase. (On the nature of the connection between asthma and the nose.)** *The Clinical Journal London. 20. Juni 1904.*

Verf. ist der Ansicht, dass Asthma, in welcher Form es auch auftritt, stets ein und dieselbe Krankheit vorstellt, die in einer krankhaften Thätigkeit der Athmungscentren besteht. Er hat in allen Fällen, ob man nun einen nasalen, bronchialen, cardialen oder gastrischen Ursprung des Asthmas annahm, stets eine erhebliche Besserung durch Cauterisation der Nasenscheidewand erzielt. Bei jeder

Art von Asthma hat er Beispiele von völligem Verschwinden aller Symptome gehabt. Es ist bedauerlich, dass der Verf. keine Einzelheiten über diese Fälle angiebt, sowohl über das Verfahren selbst noch über die Ausdehnung, in der das Septum cauterisirt wurde.

JAMES DONELAN.

28) **Kusmin. Eine neue Methode der Wiederherstellung des Nasenseptum. (Nowi sposob westanowlenia rasrusch. nosowei peregoredki.)** *Med. Obosr. 1902.*

K. schlägt vor, bei der Zerstörung des Filtrums die Methode von Liston so zu modificiren, dass nicht die Schleimhaut, sondern die Hautfläche nach aussen zu liegen kommt.

P. HELLAT.

29) **Zarniko** (Hamburg). **Submucöse Resection am Septum nasi.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. Vereinsbeilage. 1903.*

Vortragender demonstrirt an einer Anzahl von Operirten die vortrefflichen Resultate der zuerst von Krieg angegebenen Resection der difformirten Theile. Die Resection grosser Stücke bis weit in die Pars ossea hinein (Krieg, Bönninghaus) sichere einen vollen Erfolg auch in den scheinbar schwierigsten Fällen. Vortr. legt Werth darauf, dass die Schleimhaut der convexen Seite erhalten und reponirt werde.

AUTOREFERAT.

30) **F. Gurney Stubbs. Eine Modification der Krieg'schen Operation für Septumdeviationen. (A modification of the Krieg operation for deviated septum.)** *Annals of Otology. Rhinology and Laryngology. December 1903.*

Mit einem gewöhnlichen Skalpell wird längs des ganzen vorderen Randes der Cartilago triangularis ein senkrechter Einschnitt gemacht. Mit einem kleinen flachen über der Fläche etwas gekrümmten Perichondritom oder Elevator wird über der Convexität des Septums Schleimhaut und Perichondrium abgelöst. Dann wird vom vorderen Rande des Knorpels her dasselbe auf der concaven Seite gethan. Der Ueberblick über das Operationsfeld wird dadurch erleichtert, dass ein Assistent, der hinter dem Patienten stehend dessen Kopf fixirt, mit einem oder zwei stumpfen Haken an Stelle eines Nasenspeculums die Nasenlöcher offen hält. Ist die Schleimhaut auf beiden Seiten abgelöst, so liegt der Knorpel in ganzer Ausdehnung frei. Um den Knorpel auszuschneiden, empfiehlt sich als bestes Instrument eine Grünwald'sche Scheere. Wenn es wünschenswerth erscheint, nach oben oder unten noch mehr zu entfernen, so kann man dazu eine gefensterte Krause'sche Zange benutzen. Ist die Deviation zum Theil eine knöcherne, so setz man die Ablösung nach hinten auf das Periost fort und bedient sich zur Entfernung des Knochens einer gefensterten schneidenden Zange, am besten der von Laurent. Wenn alle Deviationen entfernt sind, so kann die lineare Incision genäht werden oder nicht, je nach Gutdünken des Operateurs. Nicht zu feste Tamponade auf beiden Seiten bringt die Schleimhaut-Perichondriumwände fest zusammen und verhütet die Ansammlung von Blut zwischen ihnen.

EMIL MAYER.

31) **Felix Cohen. Die submucöse Resection der Nasenscheidewand. (The submucous resection of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Record. 26. December 1903.*

Verf. ist der Ansicht, dass viele Beschwerden und Erkrankungen der oberen Luftwege, wie Pharyngitis, häufige Anfälle von Schnupfen und Mandelentzündungen unter Umständen sofort nach Beseitigung einer wenn auch geringfügigen Septumverbiegung verschwinden. Vorliegende Arbeit hat nicht den Zweck, die submucöse Operation auf Kosten anderer anerkannter Operationsmethoden in den Himmel zu heben, sondern sie für die Fälle zu empfehlen, in denen uns die Erfahrung gelehrt hat, dass die einfacheren Methoden, wie die Anwendung von Säge, Bohrer oder die Asch'sche Operation, keine befriedigenden Resultate giebt. C.'s Beschreibung bezieht sich auf die idealen Fälle, in denen eine vollständige subperichondrale Resection des Septums auszuführen ist. Er kommt zu dem Schluss, dass die Erfolge der Operation excellent sind, dass eine Nachbehandlung völlig unnöthig ist und dass die Heilung eine dauernde ist.

LEFFERTS.

32) **Charles E. Quimby. Ein Factor in der Aetiologie der Septumverbiegungen. (A factor in the etiology of distorted septa.)** *The Laryngoscope. December 1903.*

Die Aufmerksamkeit des Verf.'s wurde zuerst durch Beobachtung eines 8jährigen Kindes auf diesen Gegenstand gelenkt, bei dem sich plötzlich Mundathmung entwickelte. Die Untersuchung zeigte eine Verbiegung des Septum und unregelmässige Entwickelung der Zähne, sowie Zuspitzung des Alveolarbogens. Da Verf. sich mit den vom Zahnarzt gegebenen Rathschlägen nicht einverstanden erklärte, so unternahm er es selbst, die Zähne gerade zu richten mittels Platten, die an den Bicuspides und Molarzähnen befestigt waren. Sehr bald konnte das Kind freier durch die Nase athmen, und eine erneute Untersuchung ergab, dass der Alveolarbogen mehr auseinandergewichen war und die Verbiegung des Nasenseptum sich verringert hatte.

EMIL MAYER.

33) **Kate W. Baldwin. Sollen wir in Fällen von Rhinitis atrophicans Septumverbiegungen operiren? (Shall we operate on deformed septa in cases of atrophic rhinitis?)** *Journal of the American Medical Association. Januar 1904.*

Verf. beantwortet diese Frage in bejahendem Sinne: Man soll nach gründlicher Reinigung der Nase operiren, und zwar soll man, falls die Sinus der weiteren Nasenhälfte erkrankt sind, diese zuerst in Angriff nehmen. Dann soll man die Septumdeviation möglichst corrigiren. Da die Gewebe nicht die regenerative Kraft haben wie das normale Nasengewebe, so muss bei der Operation sorgfältig darauf geachtet werden, so wenig Gewebe als möglich zur Ergänzung der gewünschten Correction zu entfernen. Der Tampon muss oft gewechselt werden und die Tamponade darf nur möglichst kurze Zeit fortgesetzt werden. Niemals soll man bei Atrophie der Septumschleimhaut eine Schraubenvorrichtung zur Correction anwenden; es kommt dabei oft innerhalb 24 Stunden zur Perforation und hat sich eine solche erst einmal gebildet, so sind die Bedingungen für ihren Schluss nicht günstig.

EMIL MAYER.

34) **Otto F. Freer. Die Fensterresection zur Correction von Verbiegungen des Nasenseptums. (The window resection operation for the correction of deflections of the nasal septum.)** *Journal American Medical Association. 5. December 1903.*

Verf. hat, ohne von den Arbeiten Krieg's und Bönninghaus' Kenntniss zu haben, seine Methode der Septumoperation veröffentlicht, so dass er für diese und sein Instrumentarium den Anspruch der Originalität erhebt. Er hat besonders das Instrumentarium späterhin erheblich verbessert. Vorliegende Arbeit enthält die Abbildungen von 18 verschiedenen Instrumenten.

Die Operation gestaltet sich folgendermaassen:

Meist wird bei aufrecht sitzender Haltung des Patienten operirt, doch kann auch in liegender Position operirt werden. Auf beide Seiten des deviirten Septums wird Cocainpulver applicirt. Dann wird mit den vom Verf. zu diesem Zweck angegebenen Instrumenten die Schleimhaut incidirt, losgelöst und der Knorpel excidirt. Die Details der Operation werden ausführlich beschrieben. Bei den knöchernen Deviationen schneidet Verf. mit einer grossen Grünwald'schen Zange Stück für Stück fort, ausser wenn sie zu dick ist; dann kommt die Trephine zur Anwendung. Ist die Operation beendet, so werden die Schleimhautlappen mit einem feuchten Wattetupfer glatt gestrichen und dann die Nase mit einem vorher mit Bismut. subnitric. bestreuten Gazestreifen tamponirt. Verf. hat 60 Fälle operirt, in 11 entstanden Perforationen von verschiedener Grösse. In allen Fällen war das Resultat gut.

EMIL MAYER.

35) **Otto F. Freer. Submucöse Resection des Nasenseptums. (Submucous resection of the nasal septum.)** *N. Y. Medical Record. 23. Januar 1904.*

Eine Arbeit unter vorstehendem Titel von Dr. Felix Cohn ist vor einiger Zeit im Medical Record erschienen. Da in dieser Arbeit ausschliesslich deutsche Autoren citirt werden, hält es F. für geboten, die Aufmerksamkeit auf amerikanische Publicationen über diesen Gegenstand hinzulenken, besonders auf seine eigenen Arbeiten (Ref. Centralblatt 1903, S. 281 und vorstehendes Referat).

LEFFERTS.

36) **Willis S. Anderson. Resection des Nasenseptums zur Correction von Verbiegungen. (Resection of the nasal septum for correction of deflections.)** *The Physician and Surgeon. März 1904.*

Von 12 operirten Fällen war die Operation ohne Erfolg in 2; bei 3 resultirte eine bleibende Perforation. Diese Misserfolge waren einer ungenügenden Technik und unzureichendem Instrumentarium zuzuschreiben. Die zufriedenstellendste Operation zur Correction der Verbiegungen ist die Resection.

EMIL MAYER.

37) **Leon E. White. Resection der Nasenscheidewand. (Resection of the nasal septum.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. April 1904.*

Die Erfahrungen, die Verf. mit seiner Operationsmethode gemacht hat, gründet sich auf 15 innerhalb zwei Jahren operirten Fällen. Verf. giebt in vorliegender Arbeit die Abbildungen von 5 Instrumenten, die er als von ihm angegeben be-

zeichnet. Während Verf. das Adrenalin als ein gutes Präventivmittel gegen Blutungen bezeichnet, warnt er im nächsten Absatz vor seiner reichlichen Anwendung und sagt, dass es besonders auf der Schleimhaut der concaven Seite nicht gebraucht werden soll, weil es die Vitalität der Gewebe herabsetzt und zur localen Nekrose prädisponirt.

EMIL MAYER.

38) A. Coolidge jr. **Deviationen der Nasenscheidewand. (Deviation of the nasal septum.)** *The Boston Medical and Surgical Journal. 5. Mai 1904.*

Beschreibung einer vom Verf. in 12 Fällen mit Nutzen angewandten Operationsmethode.

EMIL MAYER.

39) Charles H. Spratt. **Entfernung von Septumleisten und Correction von Septumverbiegungen mittels rationellerer Methode. (Removal of septal spurs and the correction of deviations of the septum by more rational methods.)** *American Medicine. 7. Mai 1904.*

Verf. empfiehlt die Fensterresection.

EMIL MAYER.

40) R. Koenigstein. **Haematoma septi narium abscedens.** *Wien. klin. Wochenschrift. No. 9. 1904.*

K. sah in einem Falle von typischem, traumatischem Septumabscess nach radicaler Exstirpation Heilung. (Der Fall wurde in der Gesellschaft für innere Medicin und Kinderheilkunde in Wien am 4. Februar 1904 demonstrirt.)

CHIARI.

41) William L. Culbert. **Bericht über einen Fall von doppelseitigem Septumabscess mit ausgesprochenen Symptomen von Septikaemie. (Report of a case of bilateral abscess of the septum with well marked symptoms of septicaemia.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. Juni 1903.*

Der Titel enthält die Angabe des Inhalts.

EMIL MAYER.

42) Richard H. Johnston. **Sarkome der Nasenscheidewand. (Sarcomata of the nasal septum.)** *The Laryngoscope. Juni 1904.*

Verf. berichtet über einen tödtlich verlaufenen Fall seiner Beobachtung, giebt den ausführlichen Sectionsbefund und lässt einen Ueberblick über die Literatur des Gegenstandes folgen. Aus dieser Uebersicht ergiebt sich ein auffallendes Vorwiegen des weiblichen Geschlechts sowie die Thatsache, dass die Prognose nicht so absolut ungünstig ist.

EMIL MAYER.

43) M. Keilin. **Zur Casuistik der Nasensteine. (K kasuistike nosowich kamnei.)** *Prakt. Wratsch. No. 47. 1903.*

Im vorliegenden Falle war der Stein wahrscheinlich ca. 20 Jahre alt. Er war $2^1/_2 \times 1$ cm gross und wog 1,5 g.

P. HELLAT.

44) J. W. Hamilton (Adelaide, S.-Australien). **Rhinolith. (Rhinolith.)** *Australasian Medical Gazette. 21. December 1903.*

Durch die Entfernung des Rhinolithen bei der 45jährigen Patientin wurde eine seit 12 Jahren bestehende Nasenverstopfung gehoben.

A. J. BRADY.

45) **Russ** (Ravensburg). **Ein Fall von Nasenstein.** *Med. Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 13. 1904.*

40jähriger Bauer, bei welchem seit 4 Jahren der Fremdkörper in der linken Nase gesessen hatte; es handelte sich um zwei Rhinolithen, von denen der eine einen Kirschkern zum Kern hatte.

SEIFERT.

46) **Pusateri. Ueber einen Fall von Nasenstein. (Sopra un caso di rinoliti.)** *Giornale della R. Academia di Medicina di Torino. Februar-März 1904.*

30jährige Frau, die seit der Kindheit an eitrigem Ausfluss aus der Nase litt und bei der seit einigen Wochen die rechte Wange und das rechte untere Augenlid geröthet und geschwollen waren. Mit der Pinzette und Ausspülungen wurden aus der rechten Nase im Ganzen 35 Steine entfernt, deren grösster 5 cm lang, 1,3 cm breit und 2 mm dick war. Als sein Kern erwies sich ein Stück Gummi elasticum. Derselbe war von einer schwarzen Schicht bedeckt mit nadelförmigen, korallenartigen Ausläufern. Die chemische Untersuchung der Rhinolithen ergab die Anwesenheit von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk und Spuren von Eisen.

FINDER.

47) **Preobrashenski. 9 Fälle von Fremdkörpern in der Nase und Rhinolithen. (9 slutschaew inorod. tel w nosy i rinolitow.)** *Wratsch Gaz. No. 1 u. 2. 1904.*

Kurze Uebersicht über die Hauptsymptome bei Fremdkörpern und die betreffenden Krankengeschichten.

P. HELLAT.

48) **Oscar Dowling. Parasiten in der Nasenhöhle. (Parasites in the nasal cavity.)** *New Orleans Medical Journal. November 1903.*

Aus der Nase einer jungen Farbigen wurden 123 Schraubenwürmer mittels einer Zange entfernt. Die Patientin hatte an Ozaena gelitten; die Wurmeier waren ihr während des Schlafes von einer Fliege in die Nase gelegt worden.

EMIL MAYER.

49) **Gerber** (Königsberg i. Pr.). **Ein seltener Fremdkörperfall der Nase.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie u. Rhinologie. XIII. 3. S. 443. 1903.*

Der Fremdkörper, ein Drainrohr, das sich Patient vor 10 Jahren in die Nase eingeführt hatte, war vorn und hinten in Granulationsmassen eingebettet, hatte dann die nasale Kieferhöhlenwand über der unteren Muschel usurirt und in das Antrum eindringend dort gleichfalls Eiterungen und Granulationen erzeugt, die schliesslich auch die faciale Wand angriffen und eine äussere Geschwulst erzeugten. Diese im Verein mit dem rhinoskopischen Befund legte die Diagnose eines von der Oberkieferhöhle ausgegangenen malignen Tumors sehr nahe.

F. KLEMPERER.

50) **Arthur Roberts. Instrument zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase. (Instrument for the removal of foreign bodies from the nose.)** *Lancet. 9. April 1904.*

Das Instrument ist eine gebogene Sonde, deren Ende abgeplattet und nach unten gerichtet und mit drei kleinen Zähnen versehen ist. Illustrirt. Angefertigt bei Meyer und Meltzer.

ADOLPH BRONNER.

c. Diphtherie und Croup.

51) **J. L. Mc. Clelland. Eine Diphtherie-Epidemie. (A diphtheria epidemic.)** *Occidental Medical Times. November 1903.*

Bericht über eine Epidemie von 80 Fällen. Nichts Neues. EMIL MAYER.

52) **E. S. Stokes** (Sydney). **Bericht über einen Ausbruch von Diphtherie und Angina, verursacht durch Milch infolge von Ansteckung seitens Personen ohne jede klinische Anzeichen irgend welcher Erkrankung. (Report on an outbreak of diphtheria and „sore throat" due to milk contaminated by persons showing no clinical manifestations of either morbid condition.)** *Australasian Medical Gazette. 20. October 1903.*

Vorliegender Bericht ist von einem Mitglied des Gesundheitsamts über 49 Fälle von Diphtherie und 65 Fälle von Angina erstattet, die sich über einen Zeitraum von zwei Wochen vertheilen. Alle Fälle, mit Ausnahme dreier Diphtheriefälle, kamen unter der Kundschaft eines Milchverkäufers vor. Die Familie und die Angestellten des Milchhändlers wurden untersucht und bei vollkommenster Gesundheit befunden; nur bei einem 9jährigen Mädchen fand man eine geringe Anschwellung der Tonsillen. Bacteriologische Untersuchung fiel negativ aus. Dagegen ergab die bacteriologische Untersuchung des Rachens der Milchhändlersfrau und eines zum Melken der Kühe und zur Vertheilung der Milch engagirten Mannes die Anwesenheit des Klebs-Löffler'schen Bacillus. Beide Personen befanden sich zur Zeit der Untersuchung und vorher bei ausgezeichneter Gesundheit. Von den im Rachen des Mannes gefundenen Bacillen wurde etwas einem Meerschweinchen eingeimpft, dasselbe starb nach 7 Stunden. Bei der Section fand man die bei Diphtherieinfection gewöhnlichen Veränderungen.

A. J. BRADY.

53) **Wettstein** (Wolkelswyl). **Weitere Mittheilungen über die Resultate der Diphtheriebehandlung, mit besonderer Berücksichtigung der Serumtherapie.** *Dissertation aus der chirg. Klinik in Zürich. Jena 1902.*

Controle über 549 Fälle von 1897—1901. Aus den Schlussfolgerungen sei hervorgehoben: „Das heutige Serum hatte keine nennenswerth schädigenden Nebenwirkungen. Wir müssen unter solchen Verhältnissen es direct als einen Kunstfehler bezeichnen, wenn ein Arzt, sobald er klinisch die Diagnose stellt — genauer gesagt: den leisesten Verdacht auf Diphtherie hat (Ref.) — nicht sofort eine Injection macht." Gegen die Serumgegner, welche die Erfolge des Serums nur einer Milderung resp. Abwärts-„Wellenbewegung" der Epidemie zurechnen, führt W. Folgendes an: Auf der chirurgischen Klinik zu Zürich habe sich bei consequenter Serotherapie die Mortalität gleich im ersten Serumjahr um $^2/_3$ vermindert — trotzdem in Spitälern meist nur die schlimmsten Fälle aufgenommen werden (Ref.) —, dagegen im Canton Zürich, wo die Einführung des neuen Heilmittels naturgemäss langsamer erfolgte, kaum um die Hälfte. — Sapienti sat!

JONQUIÈRE.

54) **Joseph D. Craig. Eine Betrachtung über die Wirksamkeit von Antitoxin bei der Diphtheriebehandlung. (A consideration of the efficacy of antitoxin in the treatment of diphtheria.)** *Albany Medical Annals. Januar 1904.*

Nichts Neues.

EMIL MAYER.

55) **C. F. Weeden. Methode der Antitoxinanwendung. (Method of using antitoxin.)** *N. Y. Medical News. 9. Januar 1904.*

Verf. giebt 2000 Immunitätseinheiten und wiederholt diese Dosis alle drei Stunden, bis Erfolg eintritt.

LEFFERTS.

56) **Edmund De Witt. Behandlung der Diphtherie. (Treatment of diphtheria.)** *American Medicine. 20. Februar 1904.*

Verf. behandelt Diphtherie mit Calomel und Eisentinctur. Er hat in 20 Jahren bei 150 Fällen keinen Todesfall gehabt.

EMIL MAYER.

57) **Notiz des Herausgebers. Antitoxin und Diphtherie. (Antitoxin and diphtheria.)** *N. Y. Medical News. 20. Februar 1904.*

Die wöchentlichen Bulletins des Gesundheitsdepartements in Chicago beweisen, dass jährlich hunderte von Kindern durch das Antitoxin gerettet werden. Die Antitoxinbehandlung begann in der Stadt vor 9 Jahren; während dieses Zeitraums starben an Diphtherie 6088 Personen, während in den vorausgegangenen 9 Jahren die Zahl der Todesfälle 11488 betrug.

LEFFERTS.

58) **Douglas C. Moriata. Die Behandlung der Diphtherie. (The treatment of diphtheria.)** *Albany Medical Annals. Februar 1904.*

Ein Bericht über 333 mit Antitoxin behandelte Fälle. Nach Ausscheidung der moribund in Behandlung gelangten Fälle betrug die Mortalität 1 pCt. Bei 24 ohne Antitoxin behandelten Fällen betrug die Mortalität 11 pCt.

EMIL MAYER.

59) **Notiz des Herausgebers. Bestehen Gefahren bei der Anwendung von Antidiphtherie-Serum? (Are there any dangers from the use of antidiphtheric serum?)** *Therapeutic Gazette. 15. Januar 1904.*

Soweit unsere Kenntniss reicht, hat das Antitoxin keine schädigenden Nebenwirkungen. Die unangenehmen Nebenwirkungen, die man bisweilen auftreten sieht, sind nicht mit Sicherheit auf Rechnung des Serums zu setzen.

EMIL MAYER.

60) **James P. Marsh. Ein Fall von Folgeerscheinungen nach Diphtherieantitoxin. (A case of the epiphenomena of diphtheria antitoxin.)** *American Journal of Medical Sciences. December 1903. N. Y. Medical Record. 30. Januar 1904.*

Verf. injicirte 1500 Immunitätseinheiten. Nach wenigen Minuten traten bei der Patientin schwere Symptome auf. Sie wurde cyanotisch und halb komatös. Sie war am ganzen Körper unempfindlich und konnte nicht sehen. Dann verbreitete sich ein heftig juckender Ausschlag über den ganzen Körper. Es dauerte 36 Stunden, bis dieser Ausschlag wieder verschwand. Die Reconvalescenz der

Patientin ging ohne Zwischenfall vor sich. Verf. glaubt, dass in diesem Fall ein fataler Ausgang bedrohlich nahe war. Er führt die Symptome nicht auf das Antitoxin an sich, sondern auf eine Idiosynkrasie der Patientin zurück, und zwar auf eine Idiosynkrasie gegen Pferde oder alles, was von einem Pferde herrührt; das Serum stammte von immunsirten Pferden. Patientin gab nämlich an, sie habe, so oft sie mit einem Pferde in Berührung gekommen sei, heftige Niesskrämpfe bekommen.

LEFFERTS.

61) **Gyr** (Genf). **Bemerkungen über einen Punkt des Artikels von Tailleus. (Remarques sur un point de l'article de Mr. le Dr. T.: „Considérations sur la sérotherapie antidiphtéritique".)** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 1. 1904.*

Ref. hat über T.'s Aufsatz unlängst im Centralblatt referirt. G. wirft T. vor, er habe die grossen Serumdosen wegen Gefährlichkeit derselben mit der einseitigen Begründung verworfen, dass das Serum seine Wirkung nicht ohne active Mithülfe des Organismus ausüben könne, und die andere Anschauung eintach ignorirt, wonach das Serum nur als Antitoxin gegen das Toxin der Krankheit wirke. Erstere Anschauung von Roux und Metschnikoff — Anregung der Phagocytose gegen die Krankheitsproducte — sei durch die zweite, diejenige von Behring, Ehrlich u. A. verdrängt worden. Für den Fall, dass der Organismus bei der Serumwirkung in Mitaction gezogen werde, dürfte allerdings, wie bei den bakterioiden Sera, weder zu wenig noch zu viel Serum injicirt werden, während es bei der rein antitoxischen Rolle des Heilserums, wie Javal gezeigt habe, wohl minimale aber keine maximalen Dosen gebe. Die gründliche, auch letzthin vom Ref. im Centralblatt besprochene Arbeit Wieland's, welche Gyr ebenfalls ins Feld führt, hat in Behring'schem Sinne wohl überzeugend dargethan, dass der localen, gegen die giftproducirenden Krankheitsherde selbst gerichteten und durch Einschränkung der Giftproduction zur Entgiftung des Blutes beitragenden Wirkung, das Hauptverdienst des Serums zukomme. Daher auch muss (nach Verf.) die Injection so früh als möglich stattfinden, wenn thunlich schon in den ersten Stunden der Krankheit, wie die Spitalepidemien Basels bewiesen, und es spricht keineswegs gegen die Serumtherapie, wenn ein Kind stirbt, das erst am Ende des 1. oder am 2. und 3. Tag die Einspritzung bekommen hat. Tailleu's „kleine Dose" beträgt übrigens 1000 A.-E., ist also für kleine Kinder gar nicht schwach. Dieselbe ist überhaupt die allgemein gebräuchliche Normaldose für die erstmalige Injection und so handelt es sich hier lediglich um interessante theoretische Erörterungen, welche nachgelesen zu werden verdienen.

JONQUIÈRE.

d. Mundrachenhöhle.

62) **M. Hilzheimer. Studien über den Hypopharynx der Hymenopteren.** *Jenaische Zeitschr. f. Naturwissensch. Bd. 39. H. 1. S. 119.*

Die Hymenopteren haben ein Organ, das nach Lage und Beschaffenheit dem Hypopharynx der übrigen Insecten homolog ist. Der Hypopharynx ist bei den Hymenopteren so kräftig entwickelt, dass er oft Kauorgane trägt. Der Hypopharynx nimmt nie die Stelle der Zunge, Ligula oder Glossa ein.

J. KATZENSTEIN.

63) **J. Versluys jr. Ueber Kaumuskeln bei Lacertilia.** *Anat. Anzeiger. Bd. 24. No. 23 u. 24. S. 641.*

Der M. pterygo-sphenoidalis post. entspringt grösstentheils vom Prooticum. Der M. pterygo-sphenoidalis fehlt beim Chamaeleon vulg. nicht. Als M. pterygoid. darf bei Reptilien nur der Muskel angedeutet werden, der dem M. pteryg. (ext. und int.) der Säuger entspricht. J. KATZENSTEIN.

64) **J. Tokarsi. Neue Thatsachen zur vergleichenden Anatomie der Zungenstützorgane der Säugethiere.** *Anat. Anzeiger. 5/6. S. 121. 1904.*

Verf. nimmt im Gegensatz zu Gegenbaur mit Oppel an, dass die Zunge der Säugethiere aus der ganzen Urzunge entstanden ist, indem von dieser längs der ganzen Länge der obere muskelenthaltende Theil abgeschnürt würde und hierauf sich zur selbstständigen Muskelzunge ausbildete. J. KATZENSTEIN.

65) **Corsini. Die Variationen des Gaumenkiefergelenkes beim Menschen. (Le varietà della articolazione bigemina palato-mascellare studiate nell'uomo.)** *La Stomatologia. No. III—IV. 1903.*

Verf. hat an einem grossen Material von Schädeln das Verhalten der Kreuznaht des Gaumens studirt und gefunden, dass meistens der hintere Winkel des Processus palatinus des Oberkiefers den vorderen Winkel der Pars horizontalis des gegenüberliegenden Gaumenbeins trifft und zwar nicht in einem Punkt, sondern in einer Linie von verschiedener Länge, während dagegen die beiden andern Knochen nicht zusammentreffen. FINDER.

66) **E. Cutore. Beitrag zum Studium der Nervenendigungen in der Wangenschleimhaut. (Contributo allo studio delle terminazioni nervose nella mucosa della guancia.)** *Arch. di anatomia e di embriolog. Vol. II. p. 641—652. 1903.*

Verf. hat mittels der Goldchloridmethode seine Untersuchungen bei jungen Katzen angestellt. Er hat gefunden, dass die sensiblen Fasern mit den Sinneszellen des Epithels mittels Tastscheiben in Verbindung stehen und sich weiter in die sogenannten Tastkörperchen der Haut fortsetzen. FINDER.

67) **Louis Jeffray** (Folkestone). **Fall von Fehlen der Zwischenkieferknochen. (Case of absence of intermaxillaries.)** *Brit. Dental Journal London Juli 1904.*

Es handelte sich um eine 26jährige Frau, die in ihrer Kindheit wegen einer Hasenscharte operirt war. In Folge des Fehlens der Zwischenkieferknochen waren die Dentes canini ungefähr auf 0,3 cm aneinander gerückt. Es bestand eine knöcherne Vereinigung der Kiefer. Verf. erhielt ein gutes Resultat durch allmälige Trennung und Anfertigung eines passenden Gebisses. (Illustrirt.)

JAMES DONELAN.

68) **Joh. Brygge** (Christiania). **Ueber Kiefercysten. (Om Käbecyster.)** *Norsk Magazin for Lägevidenskaben. p. 765. 1903.*

Hauptsächlich eine Uebersichtsarbeit. E. SCHMIEGELOW.

69) **Marchandise. Alveolarsarkom des Oberkiefers. (Sarcome alvéolaire du maxillaire.)** *Journal Méd. de Bruxelles. No. 15. 1903.*

In der Sitzung vom 30. Januar 1903 der anatom.-pathologischen Gesellschaft von Brüssel berichtet M. über eine Geschwulst des Oberkiefers, welche hinter dem linken oberen Eckzahn sitzend sich bis ans Ende der linken Zahnreihe ausdehnt, und mit seiner Wurzel nach innen bis zur Gaumennaht reicht. Das Neoplasma ist beweglich, schmerzhaft, blutet leicht bei der Berührung; schmerzhafte Lymphdrüsenanschwellung in der Submaxillargegend.

Der Tumor wurde von Dr. Depage im December 1902 operirt; neuer Eingriff wegen Recidive nach einem Monate. Das Mikroskop lässt einen Tumor erkennen, welcher aus einer Reihe von Inseln polyedrischer Zellen mit voluminösen Kernen in ein ziemlich dichtes Bindegewebsnetz gebettet, zusammengesetzt ist. Es handelt sich um ein Alveolarsarkom.

BAYER.

70) **G. D. Hoggard. Zwei Fälle von Sarkom des Oberkiefers. (Two cases of sarcoma of the superior maxilla.)** *Northwestern Lancet. 15. April 1904.*

Im ersten Fall wurde nach wiederholten Operationen das Coley'sche Toxin gebraucht; 6 Monate später wird der Patient als geheilt erklärt.

Im zweiten Fall wurde das Toxin ohne voraufgegangene Operation mit Erfolg angewendet.

EMIL MAYER.

71) **G. Schwyzer. Ein Fall von operirtem Kiefercarcinom. (A case operated upon for cancer of the jaw.)** *Northwestern Lancet. 15. April 1904.*

Es handelte sich um ein grosses Carcinom der linken Seite des Oberkiefers, das fast die Hälfte des harten Gaumens ergriffen hatte. Es war irrthümlich für ein Empyem der Highmorshöhle gehalten worden. Seit der Operation sind sechs Monate ohne Recidiv verflossen.

EMIL MAYER.

72) **S. Deye. Ueber Wolfsrachen.** *Dissert. Heidelberg 1904.*

Dem Referenten nicht zugänglich.

J. KATZENSTEIN.

73) **Arbuthnot Lane** (London). **Ueber die Behandlung der Gaumenspalten. (On the treatment of cleft palate.)** *Edinburgh Medical Journal. März 1904.*

Verf. zieht es vor, am Tage nach der Geburt oder sobald als möglich danach zu operiren. Er beschreibt ausführlich eine von ihm angegebene Operationsmethode, deren Vorzüge er rühmt. (Illustrirt.)

JAMES DONELAN.

74) **J. E. Hopkins. Neurosen des Pharynx. (Neuroses of the pharynx.)** *Laryngoscope. Juli 1904.*

Vortrag gehalten auf der 26. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Juni 1904.

EMIL MAYER.

75) **A. Ramirez Santaló** (Madrid). **Acute Mycosis des Mundes und Rachens oder acute stomato-pharyngeale Mycosis. (Micosis buco-faringea aguda ó estomato-faringe micosis aguda.)** *Boletin da Laringologia. September-October 1902.*

Interessanter klinischer Fall, umso werthvoller wegen der Seltenheit der Affection und des acuten Verlaufs desselben. Die mikroskopische Untersuchung

des Falles ergab das Vorhandensein von Mikroorganismen, Leptothrix mit absoluter Abwesenheit der Löffler'schen Bacillen und des Oidium albicans.

R. BOTEY.

76) **Perez Fuster** (Valencia). **Aetiologie und Genese der chronischen Rachenentzündungen. (Etiologia y genesis de las faringitis cronicas.)** *La Medicin. Valenciana. No. 25. 1903.*

Detaillirte Auseinandersetzung der verschiedentlichen, sowohl localen als allgemeinen Ursachen der acuten und chronischen Pharyngitiden.

R. BOTEY.

77) **James E. Newcomb. Tuberculose des Pharynx. (Tuberculosis of the pharynx.)** *The Laryngoscope. Juni 1904.*

Aus einer Uebersicht der einschlägigen Literatur haben sich dem Verf. drei der Erwähnung werthe Thatsachen ergeben:

Erstlich kommt die Pharynxtuberculose in einer acuten Form bei Kindern vor, die bisweilen Anlass zu Verwechslungen mit Diphtherie giebt. Ferner lässt die Pharynxtuberculose bisweilen am Gaumen Perforationen und Knochenzerstörungen zurück, die wir gewohnt sind, als Folgen syphilitischer Processe anzusehen. Der dritte Punkt, den er einer erhöhten Beachtung werth hält, ist die sogenannte latente Tuberculose der Tonsillen.

EMIL MAYER.

78) **G. Mya. Bakteriologische Untersuchungen in einigen Fällen von Pharynxinfectionen beim Typhus. (Ricerche batteriologiche in alcuni casi di infezioni faringee nella infezione tifica.)** *Festschrift für Professor Bozzolo. S. 351. Turin 1904.*

Bericht über 4 Fälle von Typhus mit Betheiligung des Rachens. Einer dieser Fälle ist darum besonders interessant, weil alles darauf hinweist, dass die Erscheinungen im Pharynx die primären waren und weil der Verlauf auf einen engen Zusammenhang mit dem Process im Pharynx hinweist. Die typhöse Infection kann als einziges oder prävalirendes Symptom das Auftreten von charakteristischen Geschwüren auf der Rachenschleimhaut und besonders auf der Gaumentonsille im Gefolge haben; diese Geschwürsbildung kann unter heftigen Erscheinungen von Seiten des Gangliensystems des Sympathicus verlaufen. In der Mehrzahl der Fälle gesellen sich die Pharynxulcerationen der gewöhnlichen Localisation der Infection im Ileum hinzu. Aus den Pharynxgeschwüren kann man den Typhusbacillus isoliren, der mit dem Blut des Kranken oder anderer Typhuspatienten die Serumreaction giebt. Bei andern Formen von einfacher Röthung oder Desquamation der Pharynxschleimhaut kann der bacteriologische Befund negativ sein.

FINDER.

79) **Louis Fischer. Exantheme nach Operationen im Halse. (Exanthematous eruptions following throat operations.)** *The Laryngoscope. Mai 1904.*

Das Exanthem erscheint am zweiten oder dritten Tage nach der Operation; es kann papelförmig, roseolaartig oder erythematös sein. Es erscheint gewöhnlich am Hals, Brust und Abdomen, dehnt sich bisweilen auch auf Gesicht und Extremitäten aus. Es dauert gewöhnlich zwei bis drei Tage, hält aber bisweilen auch

5 Tage an. Nachdem es den Höhepunkt seiner Entwickelung erreicht hat, blasst es allmählich ab. Manche Fälle gehen in Schuppung über, in manchen besteht vor der Desquamation heftiges Jucken. Gewöhnlich sind sehr geringe Allgemeinstörungen vorhanden, die Temperatur ist nur wenig erhöht, obwohl bisweilen auch heftiges Fieber bestehen kann.

Verf. meint, dass es sich in diesen Fällen um eine Infection vor der Operation handelt und dass die Operation selbst nur die Widerstandsfähigkeit des Organismus herabsetzt und die Incubationszeit abkürzt. EMIL MAYER.

80) **Cordes. Eine Rachenscheere.** *Monatsschr. f. Ohrenheilkde. No. 2. 1904.*

Beschreibung und Abbildung einer bei Pfau in Berlin zu kaufenden Scheere zur Abtragung von Seitensträngen oder grösseren Granulationen. SCHECH.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

81) **L. P. H. Eijkman** (Amsterdam). **Radiographie des Kehlkopfes.** *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Bd. 7. H. 6. S. 310. 1904.*

Beim Sprechen mit Stimmton und beim Flüstern der Vokale findet eine geringe Neigung des ganzen Kehlkopfs, in einigen Fällen nach vorn, in anderen nach hinten statt. Sie ist von der Beschaffenheit des Vokals abhängig und nicht von dem Tone, in dem er gesprochen wird.

Die Stimmbänder werden bei den Tönen, welche unter der Normallage gebildet werden, verkürzt und verdickt und ihre Spannung findet durch ihre eigenen Muskeln und die Arytaenoiden statt. Bei den Tönen, welche über der Normallage gebildet werden, wird die Ausdehnung der Stimmbänder verursacht durch eine Bewegung des Ringknorpels nach hinten, sei es eine Drehung oder Verschiebung. Abgesehen von der Tonhöhe hat jeder Vokal eine eigene Stellung des Ringknorpels.

Die Vorderseite des Ringknorpels steigt nie über die Normallage. Die Niederwärtsbewegung, sofern sie nicht eine Folge der Senkung des ganzen Kehlkopfes ist, dient zur Verschiebung des Kehldeckels.

Das Lig. thyreo-hyoid. lat. dreht sich sowohl nach vorn als nach hinten in der Richtung nach unten. Dadurch wird der Eingang des Pharynx erweitert und verengert. Beim Hervorbringen von Stimmtönen unter der Normallage findet eine kleine Erweiterung statt, welche constant ist, während sie über der Normallage regelmässig zunimmt; bei Vokalen, die in tiefem Ton gesprochen werden und bei Flüstervokalen kann sie enger werden als in der Normallage.

Der ganze Kehlkopf, mit der für das Zungenbein gemachten Beschränkung, kann sich sowohl heben als senken. Für die Stimme des Verf.'s, die sich von D bis c′ erstreckt, senkt er sich beim tiefsten Ton bis ungefähr 1 cm unter den normalen Punkt und steigt dann regelmässig, bis er bei d etwas über der Normallage zu stehen kommt und dann weiter steigt, bis bei c′ die Grenze von ungefähr 1 cm über der Normallage erreicht wird.

Die verticale Bewegung des Kehlkopfes wird durch die Beschaffenheit des Vokals, der in einem bestimmten Tone gesprochen wird, modificirt. Der Kehlkopf macht eine regelmässige Vorwärtsbewegung bei den Stimmtönen (d—c'), welche über der Normallage gebildet werden. Die horizontale Bewegung des Kehlkopfes steht nicht in Verbindung mit der Bewegung der Zunge im Munde.

Die Breite des Lumens wird einigermaassen beeinflusst durch die horizontalen und vertikalen Bewegungen des ganzen Kehlkopfes, hängt aber hauptsächlich von der Verschiebung des Kehldeckels ab. Das Aussprechen eines Vokals in einem willkürlichen Tone hat Einfluss auf diese Breite.

Der Larynx dehnt sich ein wenig beim Sprechen und Flüstern in einer mit der frontalen Ebene parallelen Richtung. Der Ton, in dem ein Vokal gesprochen wird, scheint dabei nicht von Einfluss zu sein.

Die Vergrösserung der Larynxhöhle in der Medianebene bei mit Stimmton gesprochenen und geflüsterten Vokalen steht im umgekehrten Verhältniss zu der der Mundhöhle und ist für jeden einzelnen Vokal nicht abhängig von der Kieferentfernung.

J. KATZENSTEIN.

82) **Jörgen Möller** und **Joh. Fred. Fischer. Beobachtungen über die Wirkung des Crico-Thyreoideus und Thyreo-Arytaenoideus internus. (Observations on the action of the crico-thyreoideus and thyro-aryteneideus internus.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904.*

Als Resultat der radiographischen Studien folgert Verf., dass der Cricothyroideus nicht im Stande ist, die Stimmbänder in die gerade Linie zu bringen. die sie bei der Phonation bilden müssen. Je stärker sich der Muskel contrahirt, desto concaver wird der Rand der Stimmlippen; nur wenn der Thyreo-Arytaenoideus wirkt, kommt die gerade Linie zu Stande. Beide Muskeln müssen also zusammen wirken, um die zur Tonbildung nöthige Form und Spannung der Stimmbänder hervorzubringen.

EMIL MAYER.

83) **J. Broeckaert. Ueber die besondere Vulnerabilität des M. crico-arytaen. post. (De la prétendue vulnerabilité du muscle crico-aryténoïdien post.)** *Arch. intern. de laryng. etc. Bd. XVI. No. 4. Juli-August 1903.*

Zur weiteren Beleuchtung der Frage, ob die Glottisdilatatoren vulnerabler seien als die Constrictoren, hat B. bei Kaninchen den Recurrens und Sympathicus durchschnitten. Nach drei Wochen war der Posticus in seinem Volumen wesentlich vermindert, während nach drei Wochen bei Kaninchen, denen nur allein der rechte Recurrens durchschnitten war, kaum eine Volumenveränderung constatirt werden konnte. Da nach den Versuchen von P. Schultz die Frage, ob sich der Sympathicus an der motorischen Innervation des Kehlkopfs betheiligt (Arch. f. Laryng. Bd. 16, Heft 1), im verneinenden Sinne entschieden ist, so hält Ref. die vorstehenden Ergebnisse Broeckaerts für unrichtig.

J. KATZENSTEIN.

84) **M. Bukofzer. Ueber den Einfluss der Verengerung des Ansatzrohrs auf die Höhe des gesungenen Tons.** *Arch. f. Ohrenheilkde. Bd. LXI. S. 103.*

Die von Spiess im Internation. Centralbl. f. Laryng. im Februar 1902 veröffentlichte Beobachtung, dass ein bei geschlossenem Munde gesummter Ton sich

in dem Augenblick vertieft, indem man die eine Nasenhälfte verschliesst und die andere verengt, hat von den verschiedenen Autoren eine verschiedenartige Deutung erfahren. Bukofzer hat sich nun bemüht, diese Frage durch einen geschickt angeordneten Versuch, der jede Gewähr für vollkommene Objectivität trägt, auf experimentellem Wege zu lösen. Das Resultat dieser im Hermann'schen Institut ausgeführten Untersuchungen war, dass die Tonhöhe jedesmal um etwa einen halben Ton sinkt, wenn man unter sonst gleichen Verhältnissen das Lumen des Ansatzrohres erheblich verengt. Der Grund für diese Erscheinung ist wahrscheinlich in der durch die Verengerung des Ansatzrohres bedingten Verlangsamung des Exspirationsstromes zu suchen.

KUTTNER.

85) **Rodolfo Stevani. Die charakteristischen harmonischen Noten der italienischen Vokale. (Le note armoniche caratteristiche delle vocali italiene.)** *Arch. Ital. di Otologia. IV. 1904.*

Die mittels einer sehr sinnreichen Methode, die sich im Referat schwer beschreiben lässt, aufgefundenen Resultate sind für die italienischen Vokale annähernd dieselben, wie sie Hermann für die deutschen gefunden hat. Jedoch decken sie sich nicht völlig, was dem phonetischen Unterschied zwischen beiden Sprachen entspricht.

FINDER.

86) **S. Exner. Ueber den Klang der eigenen Stimme.** *Centralbl. f. Physiol. Bd. 17. No. 17. S. 488. 1903.*

Ein Phonographirter erkennt beim Abhören verschiedener Aufnahmen die Sprache seiner Bekannten wieder, seine eigene Sprache aber klingt ihm fremd, so dass er sie nicht erkennen würde. Diese Erscheinung beruht darauf, dass der Phonographirte ein anderes Erinnerungsbild wie ein anderer von seiner Sprache hat, d. h. dass der Sprechende seine Sprache im Laufe des ganzen Lebens anders hört wie die Angesprochenen.

Der Unterschied zwischen dem Gehörseindruck, den der Sprechende und den der Angesprochene hat, liegt nicht im Rhythmus oder in der Betonung der einzelnen Worte, sondern im Timbre; der Sprechende hört seine Stimme nicht nur durch die Luft wie der Zuhörer, sondern auch durch die zwischen den Sprechorganen und der Gehörsschnecke gelegenen Theile des eigenen Körpers. Verf. belegt dies durch folgenden Versuch: Der Beobachtete nimmt, während er andauernd einen Vocal phonirt, eine 0,5 m lange Holzleiste zwischen die Zähne. Der Beobachter, der zeitweise in das andere Ende einbeisst, hört während des Einbeissens den Klang lauter und mit anderer Klangfarbe als in den Pausen des Einbeissens. Es werden ihm also die Schallwellen, die in den Kopfknochen des Beobachteten vorhanden sind, durch das Brett zugeleitet und der Beobachtende erkennt, dass sie, wenn sie nun auch noch seine Knopfknochen passirt haben, den Eindruck eines anderen Timbre erzeugen, als die ihm früher trotz der zugehaltenen Ohren durch die Luft zugeführten Wellen.

Ein gleiches Resultat erhält man, wenn der Beobachtete das Brettchen auf den Hauttheil, der die Schildknorpel bedeckt, aufsetzt. Es werden so die Kehlkopfschwingungen des Beobachteten durch das Brettchen und die Kopfknochen

des Beobachtenden dem Ohre des letzteren zugeführt und erwecken in diesem, weil sie den geschilderten Weg zurückgelegt haben, den Eindruck einer anderen Klangfarbe, wie die durch die Luft zum Ohre gelangten. J. KATZENSTEIN.

87) **S. Citelli. Ein eigenthümlicher Fall von Sopranstimme bei einem gut entwickelten jungen Mann. (Un caso singolare di voce da soprano in un giovane ben conformato.)** *Arch. Ital. di Otologia. III. 1904.*

Das betreffende Individuum ist ein 26jähriger robuster Mann mit normal ausgebildeten Genitalien; er ist aber sehr nervös und impressionabel. Beim Sprechen ist die Stimme normal, wenn er zu singen beginnt, so hört man eine brillante Sopranstimme, bei der die höchsten Töne viel besser entwickelt sind, als bei gewöhnlichen Sopransängerinnen. Die Stimme umfasst beinahe 3 Octaven und reicht bis zum dreigestrichenen E. Er giebt an, dass von Kindheit an, so oft er im Theater war, der Sopranges ang auf der Bühne einen derartigen Eindruck auf ihn gemacht habe, dass er nachher zu Hause sich alle Mühe gab, diese Stimme nachzuahmen. Dies gelang ihm und allmälig habe er sich, ohne es zu bemerken, diese Sopranstimme zu eigen gemacht.

Das Aussehen des Larynx ist normal. Lässt man den Patienten den Vocal e oder i sprechen, so bleibt zwischen Stimmlippen ein langer, ganz schmaler elliptischer Spalt, die Ränder der Stimmlippen sind abgerundet. Wird der Vocal gesungen, so verkürzt sich die Rima glottidis erheblich, d. h. es bildet sich eine elliptische Oeffnung nur im vorderen Theil der Glottis ligamentosa, während der übrige Theil der Glottis geschlossen bleibt. Der elliptische Spalt der Glottis ligamentosa wird grösser oder kleiner, je nachdem der Ton eine Octave tiefer oder höher gesungen wird. Ausserdem wird der Rand der Stimmlippen beim Singen schärfer. Das laryngoskopische Bild zeigte unzweifelhaft, dass Patient mit Falsettstimme sang, und zwar handelte es sich hier um eine durch Uebung erworbene Falsettstimme. Verf. schlägt dafür die Bezeichnung „Eunuchen-Singstimme" vor.

FINDER.

88) **R. Macho** (Madrid). **Aphasie infolge Trauma. Heilung. (Afasia consecutiva á un traumatismo.)** *El Siglo Médico. No. 2557. 1902.*

Die Wundflächen befanden sich in dem mittleren Theil der Stirn- und den linken Theilen der Occipitalgegend. Gleich beim Beginn des Verbandes fiel die Aphasie des Patienten — eines Kindes — auf. Weder seitens der Zunge noch des Stimmapparates war irgend eine Verletzung vorhanden. Es handelte sich also um eine Aphasie centralen Ursprungs, nach dem Verf. hervorgerufen durch einen hämorrhagischen Herd in der III. linken Stirnwindung. Heilung erfolgte nach 3 Monaten. R. BOTEY.

89) **R. Forns** (Madrid). **Klinische Casuistik. Veränderungen der Stimme durch Schwangerschaft. (Casuistica clinica. Alteraciones de la voz par el embarazo.)** *Revist. de Especialidad Médicas. No. 96. 1903.*

Eine 30jährige, sonst gesunde Patientin ohne neuropathische Anlage und mit ausgezeichneter Sopranstimme verlor dieselbe mit dem Eintreten der Schwan-

gerschaft bis zu vollständiger Paralyse der gesammten Stimmmuskulatur. Erst nach erfolgter Geburt trat die normale Stimme auf. Letztere verlor sich wieder bei erneuter Schwangerschaft.

R. BOTEY.

90) **R. Forus** (Madrid). **Plötzliche Stummheit, in einer einzigen Sitzung geheilt. (Mudez repentina curada en una sola sesión.)** *Revist. Especialid. Médicas. No. 96. 1903.*

10jähriger Patient, welcher infolge Falles vom Bett vollständig stumm bleibt. Man findet eine Lähmung des Crico-thyroideus, wendet sehr schwachen continuirlichen Strom an mit dem Erfolge, dass der Patient sofort zu sprechen beginnt.

R. BOTEY.

91) **S. Popoff. Ueber amnestische Aphasie.** *Neurol. Centralblatt. XXIII. 3. S. 107.*

Verf. zieht aus der Untersuchung eines Falles den Schluss, dass das motorische Sprachcentrum nicht auf die Broca'sche Windung beschränkt sei, sondern etwas über deren Grenzen hinausgeht und dass das motorische Schreibcentrum ausserhalb dieses Gebietes liegt.

J. KATZENSTEIN.

92) **Ch. K. Millis. Aphasie und Rindensprachfeld. (Aphasia and the cerebral zone of speech.)** *The American Journal of the Med. Sciences. Vol. CXXVIII. No. 3. p. 376. 1904.*

Sowohl nach der gegenwärtigen Kenntniss von der Hirnstructur und -Function als auch auf Grund der überzeugenden klinisch-pathologischen Fälle von Broca, Gordinier, Escridge, Dejerine, Wernicke ist es sicher, dass ein gesondertes Schreibcentrum oder ein gesondertes Worthör- und Wortsehcentrum in der menschlichen Rinde sich befindet.

J. KATZENSTEIN.

93) **Emil Mayer. Neurosen des Kehlkopfs. (Neuroses of the larynx.)** *Laryngoscope. Juli 1904.*

Vortrag, gehalten auf der 26. Jahresversammlung der American Laryngological Association.

EMIL MAYER.

94) **Mermod** (Lausanne). **Klinische Vorstellung im Kantonsspital.** *Revue méd. de la Suisse rom. No. 4. 1903.*

M. behält sich vor, bei einer nach Kropfoperation entstandenen doppelseitigen Posticuslähmung die Athemnoth durch Exstirpation eines Stimmbandes statt durch eine permanente Canüle zu heben.

JONQUIÈRE.

95) **Szmurto. Ein Fall von doppelseitiger Glottisöffnerlähmung syphilitischen Ursprungs. (Przybadek obustronnego porazenia vozszeczaczy krtani pochodzenia syfilitycznego.)** *Gazeta Lekarska. No. 19. 1904.*

Ein 48jähriger Mann klagte über seit einigen Monaten progressiv zunehmende Athemnoth, Heiserkeit und Husten. Vor 8 Jahren hat derselbe Syphilis durchgemacht. Laryngoskopisch wurde eine leichte Schwellung der hinteren

Larynxwand und Unbeweglichkeit der Stimmbänder, welche bei Inspiration Medianstellung einnahmen, constatirt. Bei Phonation aber näherten sich dieselben dicht aneinander. Seitens der inneren Organe wurden keine nachweisbaren Störungen entdeckt. Die Gegend der Tuberositas tibiae dextr. war schmerzhaft. Nach einer energischen syphilitischen Behandlung schwanden sämmtliche pathologischen Erscheinungen, und deswegen vermuthet Verf., das es sich in diesem Falle um eine Schwellung der Mediastinaldrüsen syphilitischen Ursprungs handelte, welche Druckerscheinungen auf die beiden Nervi recurrentes ausübten.

A. SOKOLOWSKI.

96) **J. Broeckaert. Zwei Fälle von Recurrenslähmung mit histologischer Untersuchung der Muskeln und Nerven des Kehlkopfs. (Deux cas de paralysie récurrentielle avec examen histologique des muscles et des nerfs du larynx.)** *La Presse otolaryngol. Belge. No. 2. 1904.*

Mittheilung in der Gesellschaft für Laryngologie, Otologie etc. in Paris am 15. Januar 1904. 2 Fälle von Stimmbandlähmung in Folge von Recurrenscompression durch Oesophaguskrebs. 1. Fall: Mann von 57 Jahren; die laryngoskopische Untersuchung ergiebt Fixation des rechten Stimmbandes mit concavem Rande, in der Intermediärstellung; dasselbe bleibt bei der Phonation unbeweglich, dagegen scheinen beide Aryknorpel sich nach innen zu bewegen; das linke Stimmband ist absolut beweglich, nähert sich der Mittellinie, welche es sogar überschreitet. Patient stirbt 14 Tage nach Ausführung der Gastrostomie. Autopsie: Einige Centimeter entfernt vom Eingang in den Oesophagus besteht eine krebsige Verengerung mit ausgebreiteter Ulceration in ihrer Mitte; zahlreiche indurirte Lymphdrüsen rechts; der Recurrens ist eine Strecke weit in eine in krebsiger Entartung begriffene Lymphdrüsenmasse eingebettet. Der Pneumogastricus und Sympathicus sind intact, wenigstens dem Anscheine nach. Der rechte Musc. cricoaryt. post. ist offenbar blasser und atrophirter als der linke; alle anderen Muskeln der rechten Seite bieten den Anblick gelber Atrophie. Die histologischen, am anatom.-pathol. Universitätsinstitut vorgenommenen Untersuchungen ergaben: links keine merkbaren Modificationen der Muskeln; dagegen sind rechts alle Muskeln mit Ausnahme des Cricothyroid. in regressivem Processe begriffen. Der rechte Posticus bietet im Allgemeinen das Bild einer sehr vorgeschrittenen Degeneration fettiger Natur dar, welche neben der Recurrensparalyse noch auf Rechnung einer krebsigen, an der Grenze des Muskels befindlichen Metastase zu setzen ist.

Der rechte Thyreo-aryt. int. ist viel weniger degenerirt; der rechte Crico-aryt. lateral. hat einen Theil seiner primitiven Bündel conservirt, seine Läsionen sind nicht gleichmässig vertheilt.

Der Recurrens ist total degenerirt; weder der Pneumogastr. noch der Sympathic. lassen eine Alteration erkennen; das Ganglion cervic. sup. hat alle seine Zellen intact.

2. Fall: 63jähr. Mann, ähnlich dem vorigen. Die laryngoskop. Untersuchung zeigt das rechte Stimmband etwas nach aussen von der Mittellinie fixirt mit concavem Rande. Der rechte Aryknorpel macht bei der Phonation ungefähr normale Excursionen, aber das Stimmband kommt nicht zur vollständigen Spannung; im

Uebrigen ist der Larynx normal. 4 Tage nach der Gastrostomie wegen krebsiger Oesophagusstenose Exitus.

Die partiell gestattete Autopsie ergab Oesophaguskrebs mit rechtsseitiger Recurrenscompression durch eine Lymphdrüse. Makroskopisch erscheinen die Kehlkopfmuskeln intact. Die histologische Untersuchung ergiebt im Posticus, Cricolateral. und Thyreo-arytaenoid. int. atrophische Fasern mit nucleärer Proliferation. Neben dieser Atrophie besteht noch Degeneration der Fasern, aber in viel geringerem Maasse als im vorhergehenden Fall, jedenfalls finden sich in allen Kehlkopfmuskeln rechts, besonders im Internus, weniger im Lateralis und noch weniger im Posticus Fasern, die normal erscheinen. Der Recurrens ist in der Waller'schen Degeneration begriffen und zwar in seiner Totalität. Die tiefgreifende Alteration der Nerven, welche ohne Unterschied in gleichem Grade die verschiedenen Nervenbündel betrifft, lässt den Verf. bis zur Erbringung des Gegenbeweises an dem Factum festhalten, dass in Folge der Compression des Nervenstammes die Läsion sich ohne Unterschied ebensosehr auf die für den Dilatator als für die Constrictoren bestimmten Nervenfasern erstreckt, wenn auch etliche isolirte Fasern während einiger Zeit dieser Destruction entgehen können. — Was nun die mikroskopische Alteration der Muskeln anbelangt, so giebt der Verf. zu, dass nach detaillirter Prüfung die degenerativen Läsionen hauptsächlich den Posticus betreffen, bis auf einige Fasern, welche ziemlich gut conservirt erscheinen. Er ist der Ansicht, dass, wenn der Thyreoaryt. int. und auch der Lateral. weniger atrophirt und degenerirt sind als der Posticus, dies wahrscheinlich dem Factum zuzuschreiben sei, dass diese Muskeln den indirecten Einfluss des vom Laryng. sup. innervirten Cricoarytaenoid. und des Ary-arytaenoid. — ungeraden unter der Einwirkung des Recurrens der entgegengesetzten Seite stehenden Muskel — erleiden.

Im Allgemeinen kommt er zu dem Schluss, dass die morphologische, trophische und physiologische Inferiorität des Musc. postic. mehr scheinbar als reell sei, dass er, so lange er nicht einem beweisenden Fall von isolirter Posticuslähmung peripheren Ursprungs mit Integrität der Adductoren und der für diese Muskeln bestimmten Nervenfasern begegnet, fortfahre, das Corollarium des Semon'schen Gesetzes als nicht bewiesen anzusehen, wenigstens insoweit, als es die Lähmungen peripheren Ursprungs im Auge habe. BAYER.

f. Schilddrüse.

97) **H. Cristiani. Ueber die zwischen verschiedenen Thieren und Thierrassen ausgeführte Thyreoideapfropfung. (De la greffe hétérothyreoidienne.)** *Journ. de Physiol. et de Pathol. gén. T. 6. No. 3. p. 476—488. 1904.*

Thyreoideapfropfung zwischen verschiedenen Thieren und Thierrassen giebt im Allgemeinen schlechte Resultate; wenn der zoologische Abstand zwischen den Thieren, denen die zu pfropfende Drüse entnommen und denen die Drüse eingepfropft wird, gross ist, so sind die Resultate durchweg negativ. Bei den Pfropfungen zwischen Familien sind die Resultate in der Regel schlecht, ausnahmsweise jedoch kann man einige Propfungen erhalten, welche noch alle Eigenschaften der normalen Schilddrüse haben, sogar den Gefässreichthum, welchen

man bei Pfropfungen zwischen gleichen Thierarten constatirt. Pfropfungen zwischen Thieren derselben Familie gaben oft schlechte Resultate, wie z. B. zwischen Hund und Fuchs; seltener, wie z. B. zwischen Kaninchen und Meerschweinchen, erhält man neue Thyreoidea von einer gewissen Lebensfähigkeit. Transplantationen zwischen Rassen und ihren Spielarten geben gute Resultate.

J. KATZENSTEIN.

98) **Ch. Watson. Reizung der Thyreoidea und Parathyreoidea durch Eiweissdiät (rohes Fleisch). (Stimulation of the thyroid and parathyroid glands by a Proteid Dietary [raw meat].)**

Die Untersuchung bestand darin, dass eine Anzahl von Hühnern mit einer genau bemessenen rohen Fleischkost unter reichlicher Zumessung von Wasser gefüttert wurden. Unter diesem Regime gingen die Thiere in verschieden langen Zeiträumen und zwar von 3—16 Monaten zu Grunde, gewöhnlich schliesslich unter Krämpfen.

J. KATZENSTEIN.

99) **W. Weygandt. Weitere Beiträge zur Lehre vom Cretinismus.** *Verhandl. der physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg. Bd. 37. No. 2. S. 13.*

Die Arbeit, deren einzelne Capitel über Schilddrüsenbehandlung bei endemischem Cretinismus, die Cachexia strumipriva, Excursionen in Cretinengegenden, Virchow's „neugeborenen Cretin", Hirnveränderungen bei Cretinismus handeln, bildet ein weiteres Glied in der Beweiskette, die den Cretinismus mit dem Myxödem und der Cachexia thyreopriva ätiologisch eng verknüpft.

J. KATZENSTEIN.

100) **Fred. E. Shattuck. Anomalien der Schilddrüsensecretion. (Anomalies of thyroid secretion.)** *N. Y. Medical Journal. 9. Juli 1904.*

Eine Skizze von der Entwickelung unserer gegenwärtigen Kenntniss der Schilddrüsenfunction. Cretinismus und Myxödem sind sicher als Folgen einer mangelhaften Thätigkeit der Drüse aufzufassen. Ihre Behandlung hat daher in der Darreichung von Schilddrüsenpräparaten zu bestehen. Der Morbus Basedow ist uns noch ein Geheimniss. Sehr plausibel, wenn auch bisher nicht hinreichend bewiesen, ist die Annahme, dass diese Krankheit auf eine excessive Thätigkeit der Drüse zurückzuführen sei. Ihre Behandlung ist bisher unbefriedigend. Verf. hat ziemlich gute Resultate dabei mit der Anwendung neutralen Chininum bromicum gehabt. Daneben kommt für die Behandlung Diät, Ruhe, Klima in Betracht. Nur in ernsten Fällen kommt eventuell die Operation in Betracht.

LEFFERTS.

101) **Charles H. Mayo. Die chirurgische Behandlung des Kropfes. (The surgical treatment of goiter.)** *N. Y. Medical Journal. 30. April 1904.*

Deckt sich inhaltlich mit den S. 459 dieses Bds. des Centralbl. referirten Arbeiten des Verf.'s über denselben Gegenstand.

LEFFERTS.

102) **J. G. Sheldon. Entfernung der halben Schilddrüse. (Removal of one-half thyroid gland.)** *N. Y. Medical News. 2. Juli 1904.*

Die Hauptschwierigkeiten bei der Operation der Schilddrüse sind: Blutung,

Verletzung des Recurrens und Ausdrücken des Drüseninhalts während des Manipulirens mit dem Organ während der Operation. Zur Vermeidung dieser Schwierigkeiten empfiehlt Verf. eine vorher von A. P. Gould geübte Methode, deren ausführliche Schilderung ein ausschliesslich chirurgisches Interesse hat.

LEFFERTS.

g. Oesophagus.

103) **Lewis M. Silver. Fremdkörper im Oesophagus. (Foreign body in the oesophagus.)** *Archives Pediatrics. März 1904.*

Der Fremdkörper war eine Münze, die in der Speiseröhre eines 20 Monate alten Kindes sass. Sie konnte mittels Röntgenstrahlen leicht gesehen werden und wurde unter Chloroformnarkose mit dem Münzenfänger entfernt.

EMIL MAYER.

104) **V. Lieblein** (Prag). **Zur Casuistik der Fremdkörper in der Speiseröhre.** *Prager med. Wochenschr. No. 4. 1904.*

L. empfiehlt die operative (Oesophagot. externa) Entfernung von Fremdkörpern, namentlich bei Localisation im Halstheile der Speiseröhre und vor Allem mit Rücksicht auf Hintanhaltung der perioesophagealen Phlegmonen.

Beschreibung von 3 Fällen (Knopf, Zungenpfeifchen, Knochenstück). Mittels des Oesophagoskopes konnte der Fremdkörper nicht eingestellt werden.

CHIARI-HANSZEL.

105) **Kelling** (Dresden). **Zur Frage der intrathoracalen Operation der Speiseröhre.** *Centralbl. f. Chirurgie. No. 20. 1904.*

Mittheilung über einige Ursachen zur Entscheidung der Frage, ob und unter welchen Bedingungen Operationen am Brusttheil der Speiseröhre ausführbar sind.

SEIFERT.

106) **W. M. L. Coplin. Speiseröhrenkrebs. (Carcinoma of the oesophagus.)** *American Medicine. 14. Mai 1904.*

Eine Literaturübersicht mit Beibringung eines Falles nebst Sectionsbefund.

EMIL MAYER.

107) **J. H. Dunn. Gastrostomie bei Oesophagusstrictur. (Gastrostomy in oesophageal stricture.)** *N. Y. Medical Record. 9. Juli 1904.*

Der Chirurg hat bei der Operation folgenden Bedingungen gerecht zu werden: 1. eine nicht laufende Magenfistel, die sich spontan schliesst; 2. die vollkommen sichere Einführung eines geeigneten Führers durch den Canal; 3. genügende Durchtrennung des Narbengewebes; 4. relative Asepsis und Ruhestellung der Wundfläche und Vermeidung von Stagnation der Nahrung.

LEFFERTS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Serie von Jahrbüchern der practischen Medicin in zehn Bänden, enthaltend die Jahresfortschritte in Medicin und Chirurgie.** Generalherausgeber Gustavus P. Head, Professor der Laryngologie und Rhinologie. Bd. III. **Auge, Ohr, Nase, Hals.** Herausgegeben von Casey A. Wood, Albert H. Andrews, Gustavus P. Head. December 1903. Chicago. Jahrbuchsverlag. 40 Dearbom Street.

Es ist dies die dritte bisher veröffentlichte Serie der Jahrbücher. Die Abtheilung für Nase und Hals wird von Prof. Dr. Gustavus Head herausgegeben. Von dem vorliegenden Cravband sind 104 Seiten einer Uebersicht über die Litteratur des vergangenen Jahres gewidmet. Wenn sie auch nicht alles, was geschrieben worden ist, enthält, so umfasst die Auswahl doch sicher alles Erwähnenswerthe.

Bisweilen giebt der Herausgeber seiner persönlichen Meinung Ausdruck und zwar mit grosser Freimüthigkeit. Im Anschluss an die Bemerkung, dass zu viel operirt wird, sagt er: „Eine Anzahl namhafter Specialisten hat ihre Stimme erhoben, um der Hochfluth von Operationen in Nase und Hals Einhalt zu thun und wenn man gesehen hat, was unter dem Namen der Chirurgie in der menschlichen Nase alles angerichtet worden ist, dann kann man sich ihrem Einspruch nur voll anschliessen. Man muss erkennen, dass auf therapeutischem und palliativem Wege ohne Blutvergiessen oder Caustik viel erreicht werden kann. Andererseits muss zugegeben werden, dass eine grosse Anzahl von Erkrankungen im oberen Respirationstractus oberhalb des Larynx, die wir zu behandeln berufen sind, auf Ursachen zurückzuführen sind, die sich nur auf chirurgischem Wege heben lassen und dass die Nasenchirurgie heute sehr viel befriedigendere Resultate giebt, als 15 oder 20 Jahre zuvor. Wer in Folge eines Verkennens der Sachlage eine Systemerkrankung durch operative Zerstörungen in der Nase zu heilen versucht, gegen dessen Thun muss so energisch wie möglich demonstrirt werden, wer aber seine Patienten studirt und bevor er Chirurg ist, vor Allem Arzt ist, der wird ebensowenig unnöthig operiren, wie er versuchen wird, mit Medicin das zu erreichen, was nur auf chirurgischem Wege erreicht werden kann.“ Emil Mayer.

b) **Albert E. Stein, Paraffin-Injectionen. Theorie und Praxis.** Stuttgart. Ferdinand Enke. 1904. 166 Ss.

Dr. Stein's Name ist allen, die sich mit der chirurgischen Anwendung des Paraffins befasst haben, wohl vertraut; er giebt in vorliegendem Buch eine ausgezeichnete zusammenfassende Darstellung des ganzen Gegenstandes. Es beginnt mit der Geschichte der Methode und mit der Chemie und Pharmakologie der Paraffine. Es folgt ein Capitel über die Gefahren der Embolie nebst practischen Regeln für deren Vermeidung. Dann wirft er die Frage auf, was aus dem Paraffin nach der Injection wird und zeigt an der Hand von Thierversuchen und mikroskopischen Befunden, dass Hartparaffin langsam von den Zellen und dem interstitiellen Bindegewebe durchdrungen wird.

Er benutzt eine kleine, ganz aus Metall gefertigte Spritze mit einem Schraubenstempel und langen, dünnen Nadeln, die an der Spritze mittelst eines Bajonettverschlusses befestigt sind. Angefertigt ist sie bei Dröll in Frankfurt. Referent hat diese Spritze als ein ausgezeichnetes Instrument befunden. Stein gebraucht ein Paraffin, dessen Schmelzpunkt ungefähr in der Mitte liegt zwischen dem Gersuny'schen und dem Eckstein'schen Paraffin; er gebraucht kein allgemeines oder locales Anaestheticum. Er spricht wohl davon, dass man nach der Injection das Paraffin mittels eines Chloräthylsprays zum Erstarren bringen soll, jedoch ist das sicher nicht nothwendig, oder auch nur wünschenswerth. Seine Verurtheilung des Eckstein'schen Paraffins ist verständlich und verdient Beachtung. Er giebt ein Kapitel über die Mängel und Misserfolge der Methode, doch sagt er nicht viel darüber und scheint geneigt, sie meist dem Chirurgen zuzuschreiben. Das mag sein, doch sind hier Zweifel am Platz. Es ist wahrscheinlich genug, dass der Fehler nicht bei dem Chirurgen liegt, sondern in einer Empfindlichkeit oder Reizbarkeit der Gewebe des Patienten, von der wir bisher nichts wissen.

Im zweiten Theil des Buches giebt Stein eine lange Aufzählung von all den besonderen Defecten oder Missbildungen, die mittels Paraffininjectionen behandelt worden sind und bespricht sie nacheinander. Ihre Anwendung in der allgemeinen Chirurgie interessirt uns hier nicht; uns dünkt nur, dass sie hin und wieder angewandt worden sind, wo es ebenso gut oder noch besser ohne sie gegangen wäre. Des Verf.'s Darstellung von der plastischen Aufrichtung der Nasenhaut ist ausgezeichnet und ausgezeichnet sind auch die hier erzielten Resultate. Die Illustrationen sind hier aber schlecht, denn sie zeigen die Nadel von oben her gegen die Nasenspitze eindringend, während die Nadel ja gerade an der Spitze eingestochen und nach oben gerichtet werden soll. Er beschreibt die Anwendung verschiedener Methoden und Vorrichtungen, um zu vermeiden, dass das Paraffin ausweicht, sie sind jedoch alle ohne Nutzen oder können sogar schädlich wirken. Die Verkleinerung der Höhlen, die Ausfüllung von Narben, die Beseitigung von Spalten, die nach Gaumenoperationen zurückbleiben — alle diese und viele andere Anwendungsarten des Paraffins werden beschrieben und ihnen der gebührende Platz in der Werthschätzung angewiesen. Wir haben hier eine sorgfältige Bibliographie vor uns und das ganze Buch ist eine gründliche und fleissige Arbeit über eine sehr wichtige Methode der Chirurgie.

Das Buch ist gerade jetzt von besonderem Interesse, weil es die wichtige Regel betont, dass der Chirurg nicht zu viel versuchen muss. Die Paraffininjectionen dürfen nicht missbraucht werden. Es ist bereits viel Schaden angerichtet worden und es wird in Folge von zuviel Eifer und zu wenig Zurückhaltung im Laufe der nächsten Zeit noch viel mehr angerichtet werden. Wir müssen unsere Fälle auslesen und umgrenzen und wir müssen mit kleinen Erfolgen zufrieden sein, nicht aber Unmögliches versuchen.

Stephan Paget.

c) Berliner Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. April 1904.

E. Meyer stellt ein Kind mit congenitalem inspiratorischen Stridor mit deutlicher Einziehung des Jugulum und der Intercostalräume vor; seit einigen Tagen ist dieselbe zwar noch bei ruhiger Athmung zu sehen, aber ein Stridor nicht zu hören, derselbe tritt aber bei Bewegungen und Erregungen des Kindes sofort wieder auf.

Der Kehlkopf zeigt vollkommen normale Verhältnisse.

Auf dem Manubrium sterni hört man eine Dämpfung und bei der Radioskopie sieht man einen vom Herzen sich abgrenzenden Schatten, der wohl der vergrösserten Thymus entspricht.

Sollte die Darreichung von Thymustabletten erfolglos bleiben, so käme der operative Versuch in Frage.

Finder demonstrirt einen Patienten, der neben einer — wahrscheinlich tuberculösen — Infiltration des rechten Stimmbandes die hintere Rachenwand übersät zeigt mit kleinen bis stecknadelkopfgrossen gelblichen Knötchen, die aus der Umgebung halbkugelig prominiren. Die mikroskopische Untersuchung eines exstirpirten Schleimhautstückchens zeigt ovale, scharf umgrenzte, durch Hämatoxylin tiefblau gefärbte schollige Massen, die einen anorganischen Eindruck machen; in diese verkalkten Gebilde sind polynucleäre Leukocyten eingewandert; an der Peripherie sieht man Fremdkörperriesenzellen. Es handelt sich wohl um den definitiven Ausgang eines chronischen Processes, der sich in den Schleimdrüsen abgespielt hat. Welcher Art dieser Process ist, ist unsicher; möglich, dass er saprophytischer Natur ist.

A. Meyer demonstrirt 1. einen Patienten mit adenoiden Vegetationen, deren unterer Theil nekrotisirt und mit einer stinkenden Borke bedeckt ist: 2. zwei Fälle von fast vollkommener Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand auf syphilitischer Basis.

Schötz meint, dass Patienten mit solchen Verwachsungen oft genug gut sprechen und durchaus nicht immer operirt zu werden brauchen.

B. Fränkel: Die Nachbehandlung nach der Operation ist zwar mühsam, aber letztere ist oft indicirt, weil die Patienten sich die Nase nicht schneuzen können und durch den Mund athmen.

Scheier: Durch die Operation kann man den Geruch oft wiederherstellen.

P. Heymann zeigt 1. einen Patienten mit syphilitischem totalem Defect des weichen und mittlerem des harten Gaumens und eines Theils des Septum; die Kieferhöhle ist beiderseits von der Nase aus zu übersehen; an der hinteren Rachenwand findet sich ein grosses bis auf den Wirbelknochen gehendes Ulcus; 2. einen Patienten, der sich mit seiner Zunge den ganzen Nasenrachen abtasten kann; 3. einen Kranken mit intramuralem Lipom des Velum. Der 33jährige Patient fühlt beim Schlucken und Sprechen ein Hinderniss. Der eiförmige Tumor des linken Velum zeigte bei der Incision Fettgewebe und die mikroskopische Untersuchung eines Appendix desselben erwies ihn als Lipom.

Schötz glaubt, besonders mit Rücksicht auf das schnelle Wachsthum der Geschwulst, an die Möglichkeit eines Sarkoms.

Börger zeigt einen Patienten mit totaler Verwachsung des Velum mit der hinteren Rachenwand auf syphilitischer Basis.

Ritter zeigt das Präparat eines uneröffnet gewesenen Kehlkopfes, dessen Eingang vollkommen durch eine Weinbeere ausgefüllt ist; dies kann die Ursache des Todes gewesen sein, umsomehr als die Stimmritze krampfhaft geschlossen war und die Schleimhaut cyanotisch und ödematös aussieht.

In der Discussion wird darauf hingewiesen, dass der Fremdkörper beim Vomitus oder später dorthin gerathen sein kann.

Börger zeigt das Präparat des Kehlkopfchondroms, das er an dem lebenben Patienten in der vorigen Sitzung demonstrirt hatte; man sieht an demselben, dass die Geschwulst den Ringknorpel vollkommen durchwachsen hat. Bei der Section des 12 Tage nach der Totalexstirpation verstorbenen Patienten ergab sich eine frische eitrige Peritonitis.

P. Heymann zeigt das Präparat eines knöchernen Choanalverschlusses; die Choane ist bis auf ein kleines Loch verschlossen.

Sitzung vom 13. Mai 1904.

A. Bruck demonstrirt einen Patienten mit einem syphilitischen Ulcus der Tonsille und der Zungenbasis, von dem es zweifelhaft ist, ob es primärer oder tertiärer Natur.

Grabower: Ueber die besondere Hinfälligkeit des Erweiterers der Stimmritze.

G. hat es unternommen, durch eingehende anatomische Untersuchungen der Kehlkopfmuskeln an einem grossen Material die Ursachen des Gesetzes von der grösseren Vulnerabilität des Posticus zu ergründen. Folgende Punkte sind es, auf welche sich seine Untersuchungen erstrecken: Die makroskopisch sichtbare Verästelung der Nervenzweige über die Muskeloberfläche — die Innervationsfigur —, sodann die durch mikroskopische Untersuchung von Serienschnitten durch die Muskeln zu erkennende intermuskuläre Nervenverästelung, sowie die Vertheilung der nervösen Elemente in den Muskeln und endlich die Erforschung sämmtlicher in jedem Muskel vorhandener Nervenelemente überhaupt.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen waren, dass, entsprechend der Verschiedenheit der Innervationsfigur im Posticus einerseits und in den Adductoren andererseits, die intramuskuläre Nervenverästelung in ersterem weit spärlicher ist als in letzterem, dass im Posticus die Nervenelemente ungleichmässiger vertheilt als in den Adductoren und dass er an Zahl der ihn innervirenden Fasern beträchtlich zurücksteht hinter jedem andern der von dem Recurrens versorgten Kehlkopfmuskeln. Diese Nervenarmuth des Posticus ist nicht nur eine absolute, sondern auch eine relative im Verhältniss zum Muskelgewicht.

Hieraus folgt mit Nothwendigkeit eine grössere Hinfälligkeit des Posticus bei Schädigung der bezüglichen Nervenstämme, ganz gleich, ob diese Schädigung

von der Peripherie oder vom Centrum her erfolgt. Die Zahl der Nervenfasern im Posticus muss bei Läsionen des Stammes in ihrer Gesammtheit früher erschöpft sein als die bei weitem grössere Zahl in den Adductoren. Hier werden neben den geschädigten noch gut leitende Nervenfasern vorhanden sein, welche die Function der Muskeln — oft noch für längere Zeit — aufrecht erhalten, während dort wegen Mangels an leitenden Fasern die Function des Muskels erlöschen muss.

Irgend ein zufälliger Ausnahmefall von der Regel ist nicht entfernt im Stande, das Gesetz zu alteriren, da er auch nur immer in den Ursachen des Gesetzes begründet sein kann. Es wäre nur so denkbar, dass in irgend einem Kehlkopfexemplar sich zufällig einmal eine Varietät in der Nervenfaserzahl vorfinde und sich diese zu Gunsten des Posticus oder zu Ungunsten des einen oder anderen der Adductoren umkehrte und so bei Läsionen des Stammes ein umgekehrter Functionsausfall einträte. Ein solcher Ausnahmefall, sicher constatirt, würde im Gegentheil nur die Regel bestätigen, da er sich nicht anders als innerhalb des Rahmens der Ursachen des Gesetzes selbst abspielen kann. G. stellt am Schlusse seiner durch zahlreiche Präparate und Lichtbilder erläuterten Mittheilungen folgenden Satz auf:

„Das Gesetz von der grösseren Vulnerabilität des Posticus ist mit innerer Nothwendigkeit richtig. Die Formulirung, welche Semon ihm gegeben, erscheint berechtigt; nur dürfte es sich empfehlen, dieser Formulirung einige Worte hinzuzufügen, welche zugleich die ursächliche Begründung des Gesetzes enthalten, etwa wie folgt: Bei allen organischen progressiven Läsionen der Nervenzweige für die Kehlkopfmuskeln muss unter Voraussetzung normaler anatomischer Verhältnisse ausnahmslos der Erweiterer der Stimmritze früher gelähmt werden, als alle anderen vom Recurrens versorgten Kehlkopfmuskeln."

Bezüglich aller näheren Einzelheiten und Mittheilungen in diesem Vortrage muss auf die demnächstige Veröffentlichung desselben im Archiv für Laryngologie verwiesen werden.

Die Discussion wird bis zur nächsten Sitzung vertagt.

A. Meyer stellt einen von Löwe, angeblich wegen einer Septumdeviation, nach seiner Decorticationsmethode operirten und als „geheilt" entlassenen Patienten vor. Es findet sich bei demselben eine sattelförmige Einsenkung des Nasenrückens, eine Perforation der Nasenscheidewand und eine Fistelöffnung in die Oberkieferhöhle. A. Rosenberg.

---

d) Vereinigung westdeutscher Hals- und Ohren-Aerzte.

XIII. Sitzung. 24. April 1904. Köln.

Anwesend 42 Mitglieder.

I. Hopmann (Köln): a) Vorstellung eines Falles von Sprachstörung („Aphthongia") bei einem 11jährigen Knaben.

Es handelt sich um eine Art von Intensionskrampf der Articulationsmuskeln, der wohl als hysterisch aufzufassen ist; der Patient, welcher zu Hause fliessend spricht, bringt, wenn er (in der Schule) etwas aufsagen soll, keinen Ton heraus,

der Mund bleibt geschlossen. Mit Sprachübungen wurde in letzter Zeit einige Besserung erzielt.

Discussion.

Maas (Aachen) bemerkt, dass ähnliche Fälle von Liebmann beschrieben seien: die Sprechangst sei nur durch psychische Behandlung zu beseitigen und die Demonstration derartiger Patienten mit Rücksicht auf eventuelle Rückfälle nicht ganz ungefährlich.

b) Demonstration eines Präparats eines grossen Aortenaneurysmas, dessen Träger in den letzten Lebensmonaten eine doppelseitige Recurrenslähmung zeigte und zwar in der seltenen Form des Vorspringens der Stimmfortsätze.

Der Patient, 48 Jahre alt, litt an starker Athemnot und Aphonie; ein Suffocationszufall machte die Tracheotomie nothwendig; beim Einführen der Canüle konnte an einer verengten Stelle der Trachea deutlich das Wegdrücken eines weichen Tumors wahrgenommen werden. 4 Tage nach der Operation erlag Patient einem Blutsturz in Folge von Perforation des Aneurysma in die Trachea. Am Präparat ist die Atrophie der Mm. postici noch bemerkenswerth.

II. Neuenborn (Crefeld): a) Rudimentär missbildete Ohrmuschel mit congenitaler einseitiger Facialislähmung in Folge von Hypoplasie des Nerven.

b) Einiges über die Killian'sche Radicaloperation der Stirnhöhle und Paraffin-Injection. (Mit Demonstration von Photographien.)

Während N. früher chronische Stirnhöhleneiterungen nach der Kuhnt'schen Methode operirte, hat er seit November 1902 sich ausschliesslich der Killian'schen Methode bedient und nach dieser 26 Fälle operirt; die Resultate, auch in kosmetischer Beziehung, waren sehr gut, indem bis auf einen Fall, bei welchem noch geringe Secretion besteht, alle geheilt wurden. In einem Falle konnte eine entstellende Einziehung durch Paraffininjection ausgeglichen werden. N. richtet sich im grossen Ganzen genau nach der Killian'schen Vorschrift und legt besonderen Werth auf die Fortnahme der ganzen vorderen Wand. 3—4 Tage vor der Operation entfernt N. die mittlere Muschel; lateralwärts wird nicht nur der Oberkieferfortsatz, sondern noch ein Theil des Nasenbeins entfernt, um besser das Siebbein erreichen zu können. Von Drainage wurde in den letzten Fällen ganz abgesehen, ebenso von Atropineinträufelungen. Der Verband wurde am 2. Tage entfernt, tagsüber kalte Umschläge mit Liq. alum. acet. verordnet und Nachts ein Schutzverband angelegt. Fieber trat nur in 2 Fällen auf, Abducenslähmung wurde nicht beobachtet.

Die Patienten konnten mitunter schon am 9. Tage entlassen werden.

Discussion:

Röpke sah einige Male nach Operationen nach Kuhnt Obliquuslähmungen, die aber nach kurzer Zeit zurück gingen. Er hält auch die Killian'sche Methode

unbedingt für die beste, möchte sie aber wegen der langen Dauer der Operation und der grossen Blutung nur für die ganz schweren Fälle reservirt sehen. Falls nur die vorderen Siebbeinzellen mit erkrankt sind, genügt die Kuhnt'sche Methode.

Reintges (Crefeld) vertritt auch die Auffassung, dass die Killian'sche Methode nur bei den schweren Fällen von Stirnhöhleneiterung, die dem Patienten erhebliche Beschwerden machen, oder das Leben bedrohen, anzuwenden sei.

Hopmann empfiehlt bei Stirnhöhlenempyemen Anlegung eines bogenförmigen Schnittes am oberen Rand der nicht rasirten Augenbrauen, Abtragung der vorderen Wand, ausreichend zur genügenden Ausräumung der Stirnhöhle und Erweiterung der natürlichen Oeffnung nach der Nase hin mittelst des scharfen Löffels; theils von hieraus, theils nach Wegnahme eines Theils der mittleren Muschel von der Nase her Ausräumung des Siebbeins; dann Tamponade dieser Abzugsrinne nach der Nase zu und Naht der Stirnwunde. H. hält diese Operation, die leicht, rasch und mit geringem Blutverlust auszuführen ist, nach seinen Erfahrungen für empfehlenswerth.

Reinhard (Duisburg) stellt einen 56jährigen Patienten vor, der wegen chronischer Eiterung der Stirnhöhlen und Siebbeinzellen zunächst nach der alten Methode (breite Eröffnung und Herstellung einer weiten Communication mit der Nasenhöhle) operirt wurde; da Eiterung und Kopfschmerzen fortbestanden, wurde später nochmals, und zwar nach Killian operirt, mit gutem Erfolge. Bezüglich der Heilungsdauer glaubt R., dass auch bei der Killian'schen Methode die anatomischen Verhältnisse maassgebend seien; jedenfalls sei stets trotz der Vorzüglichkeit dieser Methode von ihrer Anwendung die Heilung auf conservativem Wege zu versuchen.

Als kleine Abweichung von der K.'schen Methode führt R. an, dass er statt der Markirungsschnitte die Klemmnaht verwende. Atropineinträufelung vor dem 1. und 2. Verbande hält R. für nothwendig, ebenso für die ersten 8 Tage einen Augenschutzverband. Die Wundränder schliesst R. primär in ihrer ganzen Ausdehnung.

Lüders (Wiesbaden) bezweifelt, ob bei der Killian'schen Methode die guten kosmetischen Resultate dauernd bleiben und nicht doch im Laufe der Jahre wegen der fehlenden vorderen Stirnhöhlenwand sich eine Delle bilden wird. Er operirt nach Jansen: Erhaltung der vorderen Stirnhöhlenwand als Knochenhautlappen, Spangenbildung, ähnlich wie bei Killian; Heilung meistens per primam (Drahtklammern). Die Radicaloperation mit vollkommener Beseitigung der miterkrankten Siebbeinzellen hält L. kaum für ausführbar, ohne dass eine Zeit lang Doppeltsehen eintritt, das aber nach seiner Erfahrung bald wieder schwindet. In der Indicationsstellung ist L. etwas conservativer als Neuenborn, zumal seiner Ansicht nach endonasal zur Hebung der Beschwerden oft etwas zu erreichen ist. Bei der Hopmann'schen Methode vermisst L. die Möglichkeit, das Operationsterrain genügend übersichtlich zu machen.

Neuenborn (Schlusswort): Die vollkommene Heilung einer chronisch veränderten Stirnhöhle ist nur durch Radicaloperation zu erreichen. Ein Zurseiteschieben des Augapfels war nie nothwendig; die Trochlea wurde nie verletzt; die

eventuell so entstehenden Abducenslähmungen gehen nach N.'s Ansicht bald zurück. Die Hopmann'sche Methode erscheint N. unchirurgisch und nicht ungefährlich, da man nach seiner Auffassung dabei im Dunkeln arbeite.

Die Gefahren der langen Narkose werden durch combinirte Anwendung von Morphium und Chloroform gemildert.

c) Ein Fall von Angioma der ganzen linken Zunge (Demonstration von Photographien).

Reinhard (Köln): Ueber Ausfüllungen von Knochenwundhöhlen mit Paraffin (Demonstration).

Fackeldey (Cleve): Ueber einen interessanten Fall von vermeintlichem Fremdkörper in der Speiseröhre eines Kindes von $1^1/_2$ Jahren.

Bei dem kleinen Patienten war schon seit längerer Zeit das Schlucken der Milch sehr erschwert gewesen, so dass F., da das Kind sehr reducirt war und das Resultat von Spiegel-, Digital-Untersuchung negativ blieb, sich zur Oesophagoskopie in Narkose entschloss. Es zeigte sich ca. 2 cm über der pulsirenden Aorta ein Ulcus mit ausstrahlenden Narben in einer Ausdehnung von ca. $1^1/_2$ cm. Da anamnestisch Lues festgestellt wurde, gelang es durch Darreichung von Jodkali und mehrfach angewandte Massage mit der Röhre die interstitielle Stenose des Oesophagus zu heben und das Kind wieder herzustellen.

Discussion:

Neuenborn hatte in 2 Fällen Gelegenheit, sich vom practischen Werth der Killian'schen Oesophagoskopie zu überzeugen; im ersten Fall handelte es sich um ein Divertikel des Oesophagus, das grosse Beschwerden verursachte; im zweiten um ein verschlucktes Zahngebiss, das ungefähr in der Höhe des Manubrium sass und durch Oesophagotomie entfernt wurde; auffallend war, dass in beiden Fällen dicke Schlundsonden die betr. Stellen glatt passirten und erst die Oesophagoskopie die Diagnose sicherte; im zweiten Falle konnte die Diagnose noch durch Röntgendurchleuchtung bestätigt werden.

Moses berichtet über einen Fall von Fremdkörper im Oesophagus, der durch einen glücklichen Zufall entfernt wurde. Der Patient, ein Knabe von ca. 6 Jahren, wurde wegen langdauernder Schluckbeschwerden, besonders bei der Aufnahme fester Speisen, und Druckgefühl unter dem Kehlkopf in die Poliklinik gebracht. Da Spiegel-, Digital-Untersuchung etc. resultatlos blieben, führte der Assistent, Herr Dr. Levy, ziemlich energisch eine Oesophagussonde ein und — zog mit der Sonde einen fest daran haftenden Metallring heraus, in dessen Lumen zufällig die Sonde gepasst hatte. Die Beschwerden waren damit gehoben.

Hopmann erwähnt, dass er bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde einen fest eingekeilten Metallknopf aus der Speiseröhre mittelst einer Oesophaguszange entfernen konnte.

Littaur (Düren): Ein Fall von progressiver Bulbärparalyse.

Die Erkrankung hat sich bei der 36jährigen Patientin von geringfügigen Schluckbeschwerden in der Zeit von $3^1/_2$ Monaten zu vollständiger Schluck-

lähmung gesteigert, so dass die Ernährung vermittelst Schlundsonde möglich ist. Es liegt linksseitige Glosso-pharyngo-labial-Paralyse mit gleichzeitiger linksseitiger Nerventaubheit vor. Das Gaumensegel steht absolut still, die wenig beweglichen Stimmbänder bleiben in halber Adductionsstellung stehen. Später traten fortwährender Speichelfluss und linksseitige Facialislähmung hinzu, sowie Unbeweglichkeit der Epiglottis. Die Patellarreflexe sind ausserordentlich gesteigert, die Sensibilität ist in allen befallenen Bezirken vollkommen erhalten. Eine Demonstration war wegen der grossen Schwäche der Patientin nicht möglich.

Röpke: Ueber Endotheliome der Nasenhöhle.

23jährige Patientin; dieselbe litt viel an Kopfschmerzen, welche sich nach einem Unfall (Fall einer Kellerthür auf den Kopf) wesentlich steigerten. Es traten später linksseitige Schwerhörigkeit, Verstopfung der beiden Nasenseiten und Blutungen auf, wozu sich Verlust des Geruchsvermögens und zeitweiliges Erbrechen gesellten; ferner stellten sich Sehstörungen (Doppelbilder) und Unbeweglichkeit der Zunge (nach links) und des Unterkiefers ein. Am linken Unterkieferwinkel bildete sich eine hühnereigrosse Geschwulst.

Spiegel- und Digital-Untersuchung des Nasenrachenraums war unmöglich: bei Rhinoscop. anter. wurde im hinteren Drittel der Nase ein grauweisser, leicht blutender Tumor constatirt. Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung nach Probeexcision: Endotheliom.

R. nimmt den linken Processus pterygoideus als Ausgangspunkt an, von dem der Tumor in die Flügelgaumengrube und wahrscheinlich durch das Foramen sphenopalatinum in die obere Nasenhöhle und Nebenhöhlen etc. übergriff. Später ist dann der Tumor in das Schädelinnere (Erbrechen!) und vermuthlich durch die Keilbeinhöhlenwandungen hindurch nach dem Sinus cavernosus (Abducenslähmung!) durchgebrochen.

Von operativen Eingriffen wurde Abstand genommen und ist die Patientin unter meningitischen Erscheinungen gestorben.

R. glaubt bestimmt, dass die rasche Wucherung des Tumors durch den Unfall hervorgerufen ist.

Nach der Zusammenstellung von 7 Fällen aus der Literatur kommt R. zu dem Schluss, dass die Prognose selbst bei frühzeitiger Behandlung und Operation schlecht sei. Moses (Köln).

---

e) British Laryngological, Rhinological and Otological Association.

Sitzung vom 30. Januar 1903.

Vorsitzender: Dr. Wyatt Wingrave.

Wyatt-Wingrave: Kehlkopftuberculose.

Ein unter Behandlung mit intratrachealen Guajacolinjectionen befindlicher Fall, der Besserung aufweist.

Chichele Nourse: Kehlkopftuberculose.

Stuart Low: Fälle zur Illustration des günstigen Einflusses von Mucin bei atrophischer Rhinitis.

1. Ein junger Mann, bei dem nach fruchtloser Anwendung der verschiedensten Behandlungsmethoden durch localen und innerlichen Gebrauch von Mucin eine erhebliche Besserung erzielt wurde.

2. Dienstmädchen, jahrelang ohne Erfolg im Hospital behandelt, zeigt nach zweijähriger Mucinbehandlung Nachlassen der Symptome.

3. Mädchen mit Ozaena; blieb frei von Symptomen, wenn 3—4mal wöchentlich Ausspülungen mit Mucin gemacht wurden.

Die Lösung zur Ausspritzung der Nase wurde hergestellt, indem man ein Tabloid und ein Soloid Mucin (Boroughs, Welcome & Co.) in 7 g Kalkwasser und 20 g warmen sterilisirten Wassers verrieb. Diese Lösung konnte auch zum Spray benutzt werden. Eine Woche lang soll täglich Massage vorgenommen werden. Das Ausspritzen der Nase — Abends und Morgens — soll bei vornübergeneigtem Kopf vorgenommen werden, sodass während der Procedur das Schlucken und die Gefahr des Eindringens von Flüssigkeit in das Mittelohr vermieden wird.

Acht bis zwölf Tabloids täglich innerlich genommen (zwei vor und zwei nach jeder Mahlzeit) haben eine ausgezeichnete Wirkung bei atonischer Dyspepsie und Constipation.

Abercrombie erwähnt mehrere mit Erfolg behandelte Fälle.

J. S. Mackenzie spricht über die günstige Wirkung von Mucin bei Erkrankungen des Magens, des Colons und Rectums.

Jobson Horne hat bei atrophischer Rhinitis auch günstige Erfolge durch Application von Lanolin mittelst Massage. Er führt die Erfolge ebenso auf die sorgfältige Ausführung der Massage als auf das Medicament zurück.

Andrew Coglic hat ausgezeichnete Resultate mit einer dreimal so dünnen Lösung, als der vom Vortragenden empfohlenen.

Der Vorsitzende hält die locale Wirkung des Mucins zur Entfernung von Borken für zweifelhaft.

Stuart Low erklärt die locale Wirkung des Mucins als hygroskopisch; sie verzögere das Wachsthum der Bacterien. Das Mittel habe den gleichen Erfolg auch in den Fällen gehabt, in denen keine Massage stattfand.

Abercrombie: Zwei Fälle von Adhäsion zwischen weichem Gaumen und hinterer Pharynxwand. Erfolgreiche Operation.

In beiden Fällen war die Verwachsung das Resultat tertiärer Syphilis.

1. 36jährige Frau. Lennox Brown hatte eine Oeffnung angelegt, jedoch trotz täglicher Bougirung trat Wiederverwachsung ein. Die Verwachsung wurde wieder gelöst und durch Gummituben, die in jedes Nasenloch eingeführt wurden, nach vorn gezogen und 10 Tage lang in dieser Position festgehalten. Der Heilungsverlauf war zufriedenstellend, jedoch zeigte die Oeffnung wieder Neigung, sich zu contrahiren.

2. 48jähriger Mann. Aehnliche Operation, jedoch mit weniger zufriedenstellendem Erfolg.

Pegler: Septumverbiegung. Moure'sche Operation.

P. bediente sich der von Moure modificirten geraden Septotome und benutzte Gummieinlagen.

Wyatt Wingrave: Cystisches Cholesteatom der linken Fossa supratonsillaris.

Das Präparat stammt von einem 18jährigen Mädchen. Ein wurstförmiger Tumor von ungefähr 4 cm Länge und 1 cm Durchmesser hing aus der Supratonsillargrube hervor, in deren Grund er mittels eines dünnen Stils befestigt war. Er hatte hellrothe Farbe. Der Tumor wurde entfernt und incidirt. Es erwies sich, dass er etwas Flüssigkeit enthielt und einen Korn aus Epithelschuppen in allen Stadien der Degeneration, wie man es in Dermoid- und Cholesteatomcysten sieht. Die Kapsel war beiderseits mit Pflasterepithel bedeckt. Es handelte sich wahrscheinlich um ein Dermoid, das sich im Zusammenhang mit der 2. Kiemenspalte gebildet hatte.

Wyatt Wingrave: Epitheliom des Nasenloches.

Jobson Horne: Endotheliom des Larynx.

Der Fall selbst ist in der letzten Sitzung vorgestellt worden. Es ist jetzt die mikroskopische Diagnose eruirt worden.

Sitzung vom 13. März 1903.

Vorsitzender: Wyatt Wingrave.

Mayo Collier: Fall von Stirnhöhlenempyem.

In dem Fall, einen 57jährigen Mann betreffend, ist ein Stirnhöhlenempyem in die Orbita durchgebrochen. ohne dass vorher die Orbitalplatte vorgewölbt war. Heilung durch Operation von aussen.

John Bark: Fall von Speiseröhrenkrebs.

Eine anscheinend ganz gesunde 30jährige Frau consultirt B. im Juni v. J. wegen eines leichten Unbehagens im Hals und des Bedürfnisses, oft zu schlucken. Sorgfältige Untersuchung ergab das Vorhandensein einer leichten Pharyngitis. Im August stellte sie sich wieder vor und jetzt konnte man ein grosses Epitheliom im oberen Theil des Oesophagus constatiren. Exitus zwei Monate später.

Demonstration mikroskopischer Präparate.

Wyatt Wingrave: Fall eines tuberculösen Granuloms bei einer 26jährigen Frau.

Ein umschriebener, rother, granulirter Tumor am rechten Taschenband. Mikroskopische Schnitte zeigten die Anwesenheit säure- und alkoholfester Bacillen. Die an den Lungen auffindbaren Veränderungen waren von der geringfügigsten Art.

Wyatt Wingrave: Fall von Knötchenbildung am Kiefer eines 14 Monate alten Kindes.

Ein fibröses Knötchen in dem Winkel der Kreuznaht des harten Gaumens. Zur Zeit roth, wird das Knötchen später blasser und härter.

Wyatt Wingrave: Fall von beiderseitiger Abductorlähmung nach Tonsillotomie.

Die Lähmung trat bei einem 14jährigen Mädchen nach Operation unter Lachgasnarkose auf. Heilung durch Faradisation.

Wyatt Wingrave: Kehlkopflupus bei einem 14jährigen Knaben.

Die Röthung beschränkte sich nur auf die Epiglottis.

In der Discussion wird der relativ günstige Verlauf dieser Fälle hervorgehoben. Dundas Grant und Nourse berichten je einen Fall, in dem die Tracheotomie nothwendig wurde.

Wyatt Wingrave: Fall von Combination syphilitischer und tuberculöser Erkrankung des Kehlkopfes, Rachens und Gaumens bei einer 40jährigen Frau.

Horne, Grant, Spicer, Nourse und Kelson discutiren die Diagnose.

Jobson Horne: Fall zur Illustration der nach Verletzungen des Nasenseptums auftretenden unmittelbaren Veränderungen.

Dundas Grant, Barle und Wyatt Wingrave rathen dazu, das Hämatom der Scheidewand zu eröffnen.

Frederick Spicer und Peyler raten, den Fall sich selbst zu überlassen.

J. E. Mac Dongall: Eine neue Methode zur Behandlung von Adhäsionen des weichen Gaumens.

Zwei Fälle von completer Verwachsung wurden operirt (die Details der Operation sind in den Verhandlungen abgedruckt); die Oeffnung wurde durch einen Tubus offengehalten, der mittels eines Drahtes in seiner Lage gehalten wurde, der von einer am Gebiss befestigten Metallplatte ausging.

Wyatt Wingrave sagt, dass eine sehr kleine Oeffnung meist schon genügt, um die Symptome, über die gewöhnlich geklagt wird, zu beseitigen.

Pegler: Ungewöhnlicher Verlauf nach partieller Resection der Muschel.

Bei einem gesunden 30jährigen Mann wurde wegen Nasenverstopfung der grössere Theil der unteren Muschel entfernt. Achtzehn Monate später zeigte sich der Patient wieder mit Borkenbildung und einer blutenden, ulcerirten Fläche in der Nase entsprechend der durch die Turbinotomie gesetzten Mundfläche. Wiederholte Application von Jodlösung führt zur Heilung.

Wyatt Wingrave hat einen solchen Fall gesehen, in dem Diphtheriebacillen gefunden wurden.

Sitzung vom 8. Mai 1903.

Vorsitzender: Wyatt Wingrave.

Clichele Nourse: Langdauernder Fall von Lupus. Tracheotomie.

Es handelte sich um eine ältere Frau, bei der bereits im Jahre 1896 die Tracheotomie vorgenommen wurde und die seitdem die Canüle trägt. Der Process im Larynx ist noch immer activ. In der Nase und im Nasenrachen ist Narbenbildung eingetreten. An der Lunge sind keine Veränderungen nachweisbar.

Clichale Nourse: Fall tertiärer Syphilis des Kehlkopfes bei einem 51jährigen Mann.

Wyatt Wingrave: Lupus der Nase, des Gaumens und Kehlkopfes bei einer 26jährigen Frau.

Die Krankheit hat sich von der Nase aus sehr weit ausgebreitet, ohne Symptome zu machen.

Kelson: Fall von Kehlkopffistel.

Nach Durchschneidung des Halses.

Clichele Nourse: Neubildung der äusseren Nase von ungewöhnlicher Structur.

Die mikroskopische Untersuchung der kleinen an der Nasenspitze sitzenden Geschwulst ergab, dass dieselbe aus unregelmässigen Reihen von Hohlräumen bestand, die von Cylinderepithel ausgekleidet waren. Diese Kanäle wurden von papillenförmigen Vorwölbungen unterbrochen und dehnten sich zum Theil zu cystischen Räumen aus. Es handelte sich um ein papilläres Adenom.

Wyatt Wingrave: Präparate zur Illustration der Histologie der Nebenhöhlen.

In allen Höhlen, mit Ausnahme der Kieferhöhle, bestand die Wand aus dünnem vasculären Mucoperiost, das von einer einfachen Lage von Cylinderzellen ohne Flimmern bedeckt war; Flimmern fanden sich nur an den Ostien. Nur an der inneren Wand des Antrum fanden sich Drüsen der Schleimhaut von acino-tubulärem Typus. In der Keilbeinhöhle wurden ein paar tubuläre Drüsen gefunden.

Jobson Horne: Makro- und mikroskopische Präparate von Endotheliomen der oberen Luftwege.

Die Präparate stammen aus dem Antrum, der Nase, dem Nasenrachen und dem oberen Theil des Kehlkopfes.

In der Discussion stellt Horne fest, dass diese Tumoren die Tendenz zur Degeneration und zum Zusammenfallen haben. In seinen Fällen waren die Lymphdrüsen nicht betheiligt.

Abercrombie: Fall von Hyperplasie der Zungentonsille bei einer 28jährigen Frau.

Die hyperplasirte Zungentonsille ist seit einigen Tagen von einer acuten Entzündung befallen. Patientin neigt zu Rheumatismus.

Clichele Nourse und Horne sprechen zu diesem Fall.

Kelson vermuthet die Anwesenheit eines Fremdkörpers.

Clichele Nourse: Eine neue Form von Infundibularsonde und Canüle für die Stirnhöhle; ähnliche Instrumente für die Keilbeinhöhle.

An dem Stirnhöhleninstrument fällt die starke Krümmung auf, die auf der Abbildung ungefähr wie eine Viertelkreislinie erscheint. Wenn es in der Höhle liegt, so ist die Spitze stark nach vorn gerichtet. N. entfernt gewöhnlich das vordere Ende der mittleren Muschel nicht vor der Sondirung. Die Einführung der Sonde war leichter bei erkrankten, als in gesunden Fällen.

Wyatt Wingrave glaubt nicht an den Werth des Stethoskops bei Stirnhöhlenuntersuchung.

Nurace und Pegler sprechen zu Gunsten dieser Methode.

Clichele Nourse: Fall von Kehlkopfgummi.

Tod infolge Aneurysma.

Wyatt Wingrave: Eine geringfügige Modification der Moure'schen Operation bei Septumverbiegungen.

Nach den Incisionen wird eine Adam'sche Klammer wenig aufgeschraubt für einige Augenblicke eingeführt, bevor die Gummieinlagen eingelegt werden. Dadurch wird die Blutung gestillt und das Septum gerade gerichtet.

Pegler weist auf Moure's Vorschrift hin, den überschüssigen Knorpel vor der Operation zu entfernen. E. B. Waggett.

---

f) Oto-larygologische Section des Pirogow-Congresses zu St. Petersburg vom 4. bis 7. Januar 1904.

Stepanow: Gegenwärtiger Stand der Behandlung der Deviationen des Septum nasi.

St. referirt über die Operation von Ash und die Krieg-Killian'sche Methode. Die Operation von Ash ist nach St. verwerthbar hauptsächlich bei Deviationen im vorderen Theil des Septums, bei hochgelegenen Verbiegungen dagegen völlig unbrauchbar.

Die Krieg-Killian'sche Operation ist dagegen in allen Fällen anwendbar, kann mit Cocainanästhesie ausgeführt werden; leichte Nachbehandlung, völlige Gefahrlosigkeit quoad vitam, giebt keine Recidive.

Schattenseiten: schwere Ausführbarkeit, zu lange Dauer (bis $3^1/_2$ Stunden), die Möglichkeit einer Formveränderung.

St. führte die Krieg-Killian'sche Operation in 20 Fällen aus. In der Technik befolgte er die Angaben von Krieg-Killian. Als Hülfsoperationen kamen in Betracht: Conchotomie, Abmeisselung von Cristen, Lösung von Synechien etc.

Schlussfolgerung: Die Verkrümmungen der Nase sind vollständig heilbar und ihre Behandlung gehört zu den dankbarsten Aufgaben.

Shirmanski: Zur operativen Behandlung der Verkrümmungen des Septum nasi.

Nachdem S. die verschiedenen Operationsmethoden am Septum kritisch beleuchtet hatte, berichtete er über eine Methode, die er angewandt hat und die ihm gute Resultate gab. Diese ist im Wesentlichen der Ash'schen sehr ähnlich.

Wigotzki: Ueber operative Behandlung der Septumverkrümmungen.

Der Vortragende beschrieb hauptsächlich die Behandlungsmethoden, wie sie Okunew in seiner Klinik handhabt.

Trofimow fragt an, ob es nicht möglich wäre, den Tampon bei der Krieg-Killian'schen Methode wegzulassen, da jeder Tampon stark irritirt. Bei Spinen leistet das Messer von Moure sehr gute Dienste.

Wojatschek glaubt, dass die Pincette von Simanowski mit Vortheil bei gewissen Verkrümmungen zu verwenden sei.

Schneider hat nach Killian 20 Fälle operirt. Bei ihm dauert die Operation von $^1/_2$—$1^1/_4$ Stunde. Er legte in den letzten Fällen keine Nähte an, Tamponade auf 24 Stunden. Heilung erfolgte in 7—18 Tagen, ohne Krusten, ohne Trockenheit. Infolge dessen hält Sch. die Killian'sche Methode für universal.

Stepanow sah bei der Tamponade keine Reizung.

Schneider: Die Tamponade ist erforderlich, um die Weichtheile auseinander zu halten.

Bogdanow-Beresowski: Zur Frage der oxydirenden Fermente (Oxydasen) des Speichels.

Der Vortrag von Bogdanow-Beresowski zerfällt in einen klinischen und einen physiologischen Theil. Untersuchungen wurden angestellt an 172 Kranken. Die Versuche an einem Hunde wurden nach Pawlow ausgeführt.

Resumé: 1. Im Speichel des Kranken und Gesunden lässt sich immer Oxydase nachweisen; 2. mit dem Alter vermindert sich die Menge; 3. die physiologische Wirkung der Oxydase besteht in Zerlegung der Fette und der zusammengesetzten Aether, in der Oxydation der Aldehyde; 4. in Anbetracht der grossen Aehnlichkeit des H_2O_2 mit Speicheloxydase muss ersteres als wirksames Mittel in der Mundhöhle angesehen werden.

Trofimow: Bedeutung der Röntgenskopie bei der Diagnostik der Erkrankungen der Stirnhöhle.

Tr. referirt kurz über die Frage und demonstrirt einige Photogramme.

Resumé: Das Röntgenverfahren gestattet: 1. die Erweiterung der Stirnhöhle festzustellen, 2. die Cellulae frontales zu ermitteln und 3. die wahrscheinlichen Grenzen zu bestimmen.

Kokin glaubt, dass das Röntgenverfahren wenig Auskunft über den Zustand der Stirnhöhle geben kann, besonders was den Inhalt anbetrifft.

Jacobsohn meint, dass jede neue Methode zu versuchen sei.

Hellat führt aus, dass in der Literatur Angaben über das Röntgenverfahren recht viel existiren. Redner möchte rathen, anderen diagnostischen Mitteln den Vorzug zu geben, da das Röntgenverfahren nur der Minderzahl von Aerzten zugänglich ist. Nach seiner Meinung gehört zu sehr werthvollem diagnostischen Merkmale der Schmerz im inneren Winkel der Orbita.

Loevenson: Zur Frage der Lichtbehandlung bei Kehlkopfkrankheiten.

Der Vortragende benutzte die violetten Lampen von Philips von 50 Lichtstärken. Die Strahlen wurden auf den vorderen Theil des Halses gerichtet. Die Sitzungen dauerten bis 10 Minuten. Behandelt wurden 2 Fälle von acutem Katarrh, 5 von chronischem Katarrh, 4 Tuberculöse, 1 Lupus, 1 Papillom und 1 Paralyse.

Schlussfolgerungen: Die Lichtbehandlung wirkt günstig auf Katarrhe ein. Sie erhöht den Muskeltonus, beeinflusst die Anfangsstadien der Tuberculose, hat aber keinen Einfluss auf tuberculöse Geschwüre.

P. Hellat.

g) St. Petersburger oto-rhino-laryngologischer Verein.

Sitzung 14. Februar 1904.

Vorsitzender: Simanowski.

Bogdanow-Beresowski: Fall ohne Diagnose. Matrose, an der hinteren Rachenwand eine circumscripte Schwellung. Auf der Kuppe derselben zwei Geschwüre, aus welchen sich venöses Blut entleert.

Simanowski enthält sich jeder Meinung, da die Geschwulst bereits sondirt und auch angeschnitten ist.

Lunin neigt zur Annahme von Tuberculose.

Hellat möchte Tuberculose nicht zulassen, da an diesem Orte gewöhnlich nur tuberculöse Ulcera beobachtet werden. Nach seiner Anschauung spricht vieles für ein Gumma, durch welches irgend ein Gefäss arrodirt worden ist. H. räth zum Curettement.

Belogolow: Die Tonsillotomie und das Verhalten der arteriellen Gefässe zur Gaumentonsille.

Der Vortrag ist für den Druck bestimmt.

Simanowski macht bei Erwachsenen wegen Blutungen keine Tonsillotomie. Er cauterisirt.

Lunin hat eine erhebliche Blutung bei Eröffnung eines Tonsillarabscesses beobachtet.

Neumann erlebte eine anhaltende Blutung nach Tonsillotomie, die jedoch auf Fingerdruck sistirte.

Hellat hebt das Dilemma hervor, in welches der Arzt bei den Tonsillotomien dadurch geräth, dass er die Patienten infolge der bekannten Aengstlichkeit über die eventuelle Gefahr gar nicht preveniren darf. Anderenfalls würden Eltern nur selten auf diese Operation eingehen. Er erlebte mehrere Male geringe Blutungen, grössere zweimal. In einem Falle kam der Patient 6 Stunden nach der Operation zurück, bleich, noch immer blutend. In dem Augenblick, wo ihm H. ein Blutcoagulum von der Wundfläche entfernte, um der Quelle der Blutung nachzuforschen, fiel der Patient plötzlich, aus dem Munde und der Nase blutend, zusammen. Glücklicherweise handelte es sich um einen Ohnmachtsanfall mit Blutbrechen. Patient hatte viel Blut geschluckt. Von dem Augenblick an stand die Blutung. Im anderen Falle handelte es sich um eine Blutung aus einem Schnitt in den Gaumenbogen infolge von Peritonsillitis. Als H. hinzugerufen wurde, hatte Patient schon mehrere Stunden recht erheblich geblutet. Die Blutung stand sofort nach Tamponade der Wunde.

Goldstein fragt an, wie man sich überhaupt die häufigen Blutungen aus den oberen Luftwegen erklären könne. Er hat nie eine sehr böse Nasenblutung beobachtet.

Belogolow meint, man müsse vor allen Dingen sich Gewissheit über eventuelle Anomalien verschaffen, wodurch man sich vor Verantwortlichkeit schützen kann.

Erbstein erwähnt, dass es eine Illusion sei, wenn man glaubt, durch galvanokaustische Methode der Tonsillotomie sich vor Blutungen schützen zu können. Er hat auch nach dieser Methode erhebliche Blutungen erlebt. P. Hellat.

III. Briefkasten.

Manuel Garcia-Jubiläum.

Wie uns der Schriftführer der Londoner Laryngologischen Gesellschaft, Mr. E. Furniss Potter, mitzutheilen die Güte hatte, sind die Vorbereitungen zu dem im März 1905 stattfindenden Garcia-Jubiläum im besten Gange. Das Portrait, dessen Ausführung der hervorragendste englische Bildnissmaler, Mr. John Sargent R. A., übernommen hat und das dem verehrungswürdigen Greise an seinem 100. Geburtstage als Ehrengabe seitens der gesammten Laryngologen der Welt überreicht werden soll, schreitet seiner baldigen Vollendung entgegen. Es ist im höchsten Grade wünschenswerth, dass die Betheiligung der Fachgenossen an dieser Gabe, die dem „Vater der Laryngologie" an jenem einzigartigen Festtage dargebracht werden soll, eine möglichst allgemeine sei, damit so die Verehrung für den Jubilar und die Anerkennung der grundlegenden Bedeutung seiner Erfindung für unsere Wissenschaft einen möglichst universellen Ausdruck findet. Eine rege Betheiligung an der Subscription, bei der jede, auch die kleinste, Gabe willkommen ist, wäre auch aus dem Grunde sehr erwünscht, damit die Summe, die dem gefeierten Maler als Honorar von Seiten der gesammten Laryngologen geboten werden kann, seines Kunstwerkes nicht unwürdig sei. Beiträge nimmt entgegen: Mr. W. R. H. Stewart, 42 Devonshire Street Portland Place London W.

Es ist wohl angebracht, bei dieser Gelegenheit daran zu erinnern, dass Manuel Garcia's 100jähriger Geburtstag mit dem fünzigjährigen Jubiläum der durch seine Erfindung als Wissenschaft begründeten Laryngologie zeitlich zusammenfällt. Denn im Jahre 1855 erschien in den Verhandlungen der Royal Society of London Garcia's Abhandlung: „Physiològical observations on the human voice". Diese Mittheilung enthielt, wie Morell Mackenzie sagt, „einen bewunderungswürdigen Bericht über die Action der Stimmbänder während der Inspiration und Phonation, einige sehr wichtige Bemerkungen über die Erzeugung der Töne im Kehlkopf und mehrere werthvolle Reflexionen über die Bildung der Brust- und Kopfstimme. Sie war, so wenig Aufsehen sie damals machte, dazu bestimmt, eine neue Aera in der Physiologie und Pathologie des Larynx zu begründen".

Die Redaction.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XX. Berlin, December. 1904. No. 12.

I. Referate.

a. Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **M. Hey und E. Meyer. Ueber den Einfluss der therapeutisch verwendbaren Athmungsformen auf das Herz.** *Zeitschr. f. diät. u. physik. Therapie. Bd. VIII. H. 2. S. 101. 1904.*

Durch längere Zeit festgehaltene Inspirationsstellung des Thorax steigt die Athmungscurve stark inspiratorisch während etwa 30 Sekunden an, worauf rasches Exspirium und etwas beschleunigte Athmung folgt. Die Pulsation sinkt während des tiefen Inspiriums kaum merklich ab mit darauf folgendem Anstieg.

Sogenanntes gepresstes Athmen, das z. B. bei Stenose der linken Herzostien therapeutisch dazu verwendet wird, um durch den während des langen Exspiriums gesteigerten Thoraxdruck das Blut durch die verengte Stelle hindurchzupressen, erzeugt einen inspiratorischen Anstieg des Blutdrucks, dem ein starker Abfall, dem gepressten Exspirium entsprechend, folgt. Jedem Athemzug entsprechend bildet auch die Pulscurve einen Wellenberg.

Sogenanntes gedrosseltes Inspirium, während dessen man die Glottis willkürlich verengt und das mit dem Geräusche vor sich geht, das den Laryngospasmus klinisch charakterisirt, erzeugt Ansteigen des Blutdrucks und Grösserwerden des Pulses.

Combination des gedrosselten Inspiriums mit dem gepressten Athmen ergiebt das Stenosenathmen; dabei summirt sich die blutdrucksteigernde Wirkung der beiden Antheile, aus denen es besteht. Die Herabsetzung der Pulsfrequenz ist beim Stenosenathmen erheblicher als beim gedrosselten Inspirium allein.

Bei langsamer vertiefter Athmung tritt gewöhnlich während des Inspiriums Senkung und darauf Anstieg, während des Exspiriums zuerst Anstieg, dann Abfall des Druckes ein. Die Pulszahl zeigt eine wesentliche Unbeständigkeit, während einzelner Intervalle tritt eine starke Verlangsamung ein.

Beschleunigte und zugleich vertiefte Athmung wirkt stark blutdruckherabsetzend mit gleichzeitigen respiratorischen Schwankungen. Dabei starke Erhöhung der Pulsfrequenz. Oberflächliche beschleunigte Athmung wirkt blutdruckherabsetzend und pulsbeschleunigend.

Saccadirtes Athmen, bei welchem eine Reihe heftiger Stösse während jedes Exspiriums auf das Herz ausgeübt wird, hatte nur geringen Einfluss bei einer gesunden Versuchsperson, während doch das von Oertel in die Therapie eingeführte Athmen mit stossweise unterbrochenem Exspirium bei Circulationsstörungen stark tonisirend auf den Herzmuskel wirkt. Die Pulsfrequenz wies eine leichte Beschleunigung auf.

J. KATZENSTEIN.

2) **William S. Bryant. Mundathmung. (Mouth breathing.)** *N. Y. Medical News. 12. März 1904.*

Verf. ist der Ansicht, dass im Allgemeinen das Mundathmen der Vorläufer und nicht die Folge der Nasenverstopfung ist und dass in Folge dieser perversen Function die locale Hypertrophie des lymphatischen Gewebes eintritt. In Folge des Aussetzens der Nasenathmung, was gleichbedeutend ist mit einer Ausserfunctionsstellung der Nasenhöhlen, verkleinern sich diese und so besteht eine Art circulus vitiosus. Daher kommen in solchen Fällen auch so häufig Septumdeviationen vor; in Folge der Functionsbehinderung bleiben alle übrigen Theile des Naseninnern im Wachsthum zurück und das Septum, das seine normale Grösse erreicht, findet in seiner verengten Umgebung nur dadurch Platz, dass es verbogen wird.

LEFFERTS.

3) **Th. Moroff. Ueber die Entwicklung der Kiemen bei Fischen.** *Arch. f. mikr. Anat. Bd. 64. H. 2. S. 189. 1904.*

Bei den Cyclostomen stülpt sich der Darm auf den beiden Körperseiten an mehreren Stellen taschenförmig aus. Nachdem diese Ausbuchtungen das Ektoderm erreicht haben, verschmelzen sie mit demselben und bringen dadurch die erste Anlage der Kiemenspalte zu Stande, sodass die ganze Auskleidung einer Kiemenspalte bis zu der äusseren Oeffnung vom Entoderm geliefert wird.

Bei den Teleostiern und Ganoiden verdickt sich das Ektoderm auf den beiden Seiten an mehreren Stellen polsterförmig und erreicht dadurch die Darmwand, die entweder ganz gerade verläuft oder sehr unansehnliche Ausbuchtungen aufweist. Auf diese Weise kommen die Kiemenspalten zu Stande.

Bei den Selachiern weisen die Verhältnisse eine Mittelstellung auf insofern, als hier beim Zustandekommen der Kiemenspalten sich der Darm ebenfalls taschenförmig nach aussen ausstülpt und mit ganz unansehnlichen Vertiefungen des Ektoderms verschmilzt.

J. KATZENSTEIN.

4) **C. H. Hunter. Eine Kiemencyste. (A branchial cyst.)** *North Western Lancet. August 1904.*

Bericht über einen Fall.

EMIL MAYER.

5) **J. D. Lindsay. Erkrankungen der Luftwege, durch Staub verursacht. (Diseases of the air passages caused by dust.)** *Massachusetts Medical Journal Juni 1904.*

Nichts Besonderes.

EMIL MAYER.

6) **Thos. S. Southworth. Nase und Hals bei Scharlachfieber. (The nose and throat in scarlet fever.)** *N. Y. Medical News. 20. August 1904.*

Es sollte in jedem Falle von Scharlachfieber eine bakteriologische Untersuchung des Halses vorgenommen werden. In vielen Instituten besteht die empfehlenswerthe Praxis, im Anfang jedes Falles Diphtherieserum anzuwenden, da Dr. Darlington nachgewiesen hat, dass an solchen Plätzen der Diphtheriekeim endemisch ist. Dieses Verfahren bringt nicht die geringsten Gefahren mit sich, zumal wenn die Nieren gesund sind. Nasenspülungen und Spülungen des Nasenrachens sind von grosser Wichtigkeit; es empfiehlt sich, Spülungen mit Salzlösung alle vier Stunden zu machen. Es soll dadurch dem Entstehen von Mittelohrentzündungen vorgebeugt werden.

LEFFERTS.

7) **W. Freudenthal. Ueber die Aetiologie der Lungentuberculose in ihrer Beziehung zu Krankheiten der Nase und des Halses. (On the aetiology of pulmonary tuberculosis in its relation to diseases of the nose and throat.)** *N. Y. Medical Journal. 19. December 1903.*

Vortrag, gehalten auf dem XIV. Internationalen Kongress für Medicin zu Madrid 1903.

LEFFERTS.

8) **Behr** (Kiel). **Die Affectionen der oberen Luftwege bei Phthisikern in den Anfangsstadien.** *Brauer's Beitr. z. Klinik der Tuberculose. III. 1. 1904.*

Die statistischen Erhebungen Behr's, welche sich auf das Krankenmaterial der Heilstätte Holstenhausen beziehen, thun die grosse Zahl der Erkrankungen der oberen Luftwege bei den Phthisischen dar, welche unbedingt für einen Zusammenhang dieser Affectionen von Nase, Hals und Kehlkopf sprechen. Die Nase zeigt den höchsten Erkrankungsprocentsatz = 50 pCt., diese wird auf den Wegen der Inspirationsluft in die Tiefe geringer und beträgt für den Rachen 38,3 pCt., für den Kehlkopf 23 pCt. Bemerkenswerth ist der hohe Procentsatz der Tonsillenhypertrophie.

Im therapeutischen Theil wird ganz besonders des Nirvanin, speciell zu Inhalationen in 1- oder 2proc. Lösung empfohlen.

SEIFERT.

9) **Louis T. Lautenbach. Kinderkrankheiten, verursacht durch Nasenaffectionen. (Diseases of children occasioned by affections of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 13. August 1904.*

Verf. weist auf die zahlreichen Uebelstände, die bei Kindern durch Mundathmung verursacht werden, hin und betont die Nothwendigkeit einer genauen Untersuchung der Nase in allen Fällen von Erkrankungen der oberen Luftwege, des Intestinaltractus, bei nervösen Erkrankungen, Zahnkrankheiten etc.

LEFFERTS.

b. Nase und Nasenrachenraum.

10) **O. Schirmer. Studien zur Physiologie und Pathologie der Thränenabsonderung.** *Gräfe's Archiv. Bd. LVI. H. 1. S. 197.*

Verf. maass die Menge der Thränenabsonderung, indem er nach Exstirpation des Thränensackes die aus dem Bindehautsack abtropfende Flüssigkeit auffing.

Die Menge beträgt in 16 Stunden des Wachens 0,5—0,75 g. Die Absonderung hört auf bei Ausschaltung äusserer Reize, Cocainisirung der Bindehaut, Trigeminusanästhesie, im Schlaf.

Die Thränen werden von den Drüsenausführungsgängen in den Thränenpunkten auch ohne Lidbewegung durch die Schwerkraft, Wandattraktion und den elastischen Druck der Lider bewegt. Die Beförderung der Thränen aus dem Bindehautsack in die Nase kommt so zu Stande, dass die Thränen durch den Lidschlag in die Nase befördert werden, indem der hierbei thätige Horner'sche Muskel den Thränensack erweitert. Nach dem Lidschlage nimmt der Sack in Folge der Elasticität der Gewebe sein früheres capilläres Lumen wieder an und giebt die aufgenommene Flüssigkeit nach der Nase hin ab, da das Caliber der Röhrchen viel enger ist als der Thränennasengang. Da dieser Vorgang durch Lage mit hängendem Kopf nicht behindert wird, so kann der Schwerkraft hierbei keine wesentliche Rolle zufallen.

J. KATZENSTEIN.

11) **Polyák. Sondirung des Thränennasencanals von der Nase aus.** (Budapester Königl. Aerzte-Verein, 7. December 1901.) *Wien. med. Wochenschr. No. 31. 1902.*

Es muss vorher das vordere Ende der unteren Nasenmuschel resecirt werden, um in den Ductus naso-lacrymalis eindringen zu können — Sondencaliber No. 1—6 der englischen Katheter.

Diese Methode, mittelst welcher bloss die unteren zwei Drittel sondirt werden können, wird die Dilatation von oben höchstens ergänzen, nicht aber ersetzen können.

CHIARI.

12) **Eugen Fischer** (Luxemburg). **Ueber einen Fall von doppelseitiger Thränencyste, geheilt durch Resection der unteren Muschel.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. XIII. 3. S. 459. 1903.*

Pat. trug zu beiden Seiten der Nasenwurzel eine beinahe hühnereigrosse Geschwulst. Die Sonde liess sich vom Thränenpunkte aus leicht einführen, stiess aber in unmittelbarer Nähe der nasalen Oeffnung auf einen unüberwindlichen Widerstand. Die Abtragung der vorderen Enden der unteren Muschel, welche zur Freilegung der Mündung des Ductus nasolacrymalis vorgenommen wurde — vom Verf. als vorbereitende Operation gedacht — führte unmittelbar zum Verschwinden der Cysten, deren Inhalt in die Nase ablief. Es hatte also keine eigentliche Stenose des Nasenthränenganges, sondern nur eine Verlegung seiner Mündung durch die gewucherte Nasenschleimhaut bestanden.

F. KLEMPERER.

13) **Kuvlieff** (Russland). **Beiträge zur Erforschung der krankhaften Beziehungen zwischen Nase und Auge, insbesondere bezüglich der Myopie. (Contribution à l'étude des relations entre les maladies du nez et celles des yeux et plus spécialement de la myopie.)** *Dissertation. Genf 1903.*

Verf. beschreibt in einer fleissigen Arbeit mit Casuistik aus der Poliklinik des Privatdocenten Wyss die zahlreichen anatomischen und physiologischen Zusammenhänge zwischen Nase und Auge, auf welchen eine Anzahl gegenseitiger pathologischer Zustände der beiden Organe gegründet werden. Eine grosse Rolle lässt

Verf. selbstverständlich die Reflexe von dem gemeinschaftlichen sensiblen N. quintus aus spielen, während er die seiner Zeit übertriebene Theorie Hack's von den Schwellkörper-Reflexwirkungen einschränkt. Unter den 80 Fällen von Augenaffectionen vorwiegend congestiver Natur, welche mit Nasenkrankheit vergesellschaftet gefunden wurden, sind 40 Fälle von Myopie aufgeführt, welche Verf. von hypertrophischen und congestiven Rhinitiden aus durch Reizung der Trigeminusendfasern, Hypersecretion und durch Erregung von Blutüberdruck in den Gefässen der Chorioidea zu erklären sucht. Entsprechend diesen Anschauungen soll die Behandlung der Nase die Myopie in vielen Fällen gebessert oder in ihrer Weiterentwicklung gehemmt haben. Sämmtliche Fälle sind in mehreren Tafeln summarisch zusammengestellt.

In dieser Theorie ist gewiss ein Kern von Wahrheit enthalten. Auch ist die Bedeutung der Blutcongestion zum Auge für die Entwicklung der Myopie z. B. in Schulen wohl anerkannt. Aber das kleine Material des Verf.'s, die kurze Beobachtungszeit, sowie die kaum vollständige Verwerthungsweise, welche durch die ambulante poliklinische Behandlung der Fälle bedingt werden, lassen zur Ueberzeugung von einer allgemeinen Bedeutung der Theorie noch Manches zu wünschen übrig.

JONQUIÈRE.

14) **S. L. Ziegler. Hornhautgeschwür infolge Infection von der Nase aus. (Corneal ulceration due to nasal infection.)** *N. Y. Medical Record. 16. April 1904.*

Die Uebertragung geschieht durch den Ductus naso-lacrymalis, ferner durch den Blut- und Lymphstrom, sowie auf reflectorischem Wege mittels des Nervensystems. Das Hornhautgeschwür stellt einen rein localen entzündlichen Vorgang dar und entsteht am häufigsten in Folge Infection durch septische Thränen- und Nasensecretion. Verf. stellt folgende Forderungen auf: Die Nase soll mit Antisepticis irrigirt und local behandelt werden, der Thränennasencanal desinficirt oder erweitert werden. In das Auge soll, nachdem es gereinigt ist, ein Mydriacum eingeträufelt und, wenn nöthig, das Ulcus cauterisirt werden.

LEFFERTS.

15) **L. Réthi** (Wien). **Zur Behandlung der Epistaxis.** *Wien. med. Wochenschr. No. 11. 1904.*

Nach einer kurzgefassten Anführung der bekannten Blutstillungsmethoden bei Epistaxis macht R. auf die guten Erfolge aufmerksam, die er in einigen, allen anderen therapeutischen Maassnahmen trotzenden Fällen mit der Excochleation und unmittelbar nachfolgender Aetzung der entsprechenden Septumschleimhautparthie erzielte.

CHIARI.

16) **A. Pugnat. Die Behandlung des Nasenblutens. (Le traitement de l'epistaxis.)** *Journal de médecine et chirurgie pratiques. p. 216. 1904.*

Verf. unterscheidet drei Arten von Epistaxis:

1. Die Blutung der Nasenscheidewand,
2. die Blutung der Muschelgegend,
3. die diffuse Blutung.

Die erste Art der Blutung kann man durch Compression, durch Anwendung

von Wasserstoffsuperoxyd oder durch Aetzung mit Arg. nitr. stillen; bei der zweiten ist am meisten das Penghawar Djambi zu empfehlen, bei der dritten tamponirt man mit Penghawarwatte.

A. CARTAZ.

17) **Notiz des Herausgebers. Gegen Nasenbluten. (For epistaxis.)** *Monthly Cyclopedia of Practical Medicine. April 1904.*

Während der Blutung soll alle 10 Minuten 0,1 g Ammonium carbonicum gegeben werden, bis die Blutung steht. Gegen das habituelle Nasenbluten soll dieselbe Dosis täglich 3—6mal gegeben werden.

EMIL MAYER.

18) **Herbert Tilley. Nasenbluten; seine Ursachen, Bedeutung und Behandlung. (Epistaxis; its causes, significance and treatment.)** *The Clinical Journal London. Juni 1904.*

Zusammenfassung unserer Kenntnisse über diesen Gegenstand. Verf. nimmt Bezug auf den von Sydney Phillips (Lancet, 22. Febr. 1902) betonten Zusammenhang zwischen Nasenbluten und Rheumatismus bei Kindern.

JAMES DONELAN.

19) **R. Forns** (Madrid). **Verzögerte Blutung bei Exstirpation von Nasenpolypen. (Hemorragia tardia en la exstirpación de polipos nasales.)** *Revist. de Especialid. Medic. No. 96. 1903.*

Bericht über einen Fall von Entfernung von Nasenpolypen, bei welchem nach drei Tagen heftige Blutung eintrat in Folge Erkältung der Pat. mit congestivem Zustande beider Nasenhöhlen.

R. BOTEY.

20) **Hilliard Wood. Nasenfibroid. (Nasal fibroid.)** *Archives of Otology. Juni 1904.*

Der bei einer 15jährigen Pat. entfernte Tumor wog 162 g. Zuerst wurde die Tracheotomie vorgenommen, dann der Pharynx tamponirt; der Tumor wurde mittels einer von Aussen her vorgenommenen Operation in zwei Stücken entfernt. Die Pat. starb am Shock. Es ist wahrscheinlich, dass der Tumor als ein Schleimpolyp begann, dass das fibröse Gewebe secundär dazu kam und dass später die im Tumor aufgefundene Imprägnation mit Kalksalzen sich einstellte.

EMIL MAYER.

21) **J. A. Watson. Sarkom der Nase. (Sarcoma of the nose.)** *N. Y. Medical Journal. 9. April 1904.*

Der Arbeit liegen Mittheilungen über 150 Fälle zu Grunde. Am häufigsten ist das Rundzellensarkom, besonders das aus kleinen Rundzellen aufgebaute. Verhältnissmässig häufig ist das Melanosarkom (ungefähr 7 pCt). Gewöhnlich sind die Nasensarkome weich, succulent und gefässreich. Ihr häufigster Sitz ist die mittlere Muschel und die Siebbeinregion, dann folgt das Septum. Das Durchschnittsalter der Patienten beträgt 39 Jahr. Das männliche Geschlecht ist weit häufiger Träger der Krankheit als das weibliche. Das constanteste Symptom ist Nasenverstopfung; danach Blutungen. Es lässt sich nicht leugnen, dass die Nasensarkome im Allgemeinen weniger bösartig sind als die Sarkome in anderen Körpergegenden. Metastasen sind ungemein selten. Abgesehen von der chirur-

gischen Behandlung ist die einzig erwähnenswerthe die Toxinbehandlung, doch hat Verf. niemals eine nennenswerthe Besserung danach constatiren können. Bei 48 radical operirten Fällen war die Procentzahl der Heilungen 39,58 pCt. Bei 64 intranasal operirten Fällen stellte sich die Zahl der Heilungen auf 54,68 pCt. Dawbarn's Verfahren der Resection der Carotis externa stellt der einfachen Ligatur gegenüber eine Verbesserung dar und verspricht zum Mindesten, die Operation in manchen sonst inoperabel erscheinenden Fällen zu ermöglichen.

LEFFERTS.

22) L. F. Page. **Bericht über einen Fall von Adenocarcinom der Nase. (Report of a case of adeno-carcinoma of the nose.)** *Medical and Surgical Monitor. 15. October 1903.*

Der Titel besagt den Inhalt.

EMIL MAYER.

23) Wolinzew. **Ueber Methoden, in den Nasenrachenraum zu gelangen vermittelst Rhinotomie und Resection. Neuer Weg zum Nasenrachenraum. (O spocebach dostischenige noteglot. prostr. puteen rinotomie i glot. resekzi. Nowi spreseb dljâ dostupa w neseglotku.)** *Chirurgia. December 1903.*

W. erörtert die Vor- und Nachtheile verschiedener Methoden und schlägt einen eigenen Weg vor. Das Originelle desselben besteht darin, dass der der Geschwulst entgegengesetzte Oberkiefer temporär resecirt wird.

P. HELLAT.

24) J. A. Stucky. **Nasenrachenfibrom. (Naso-pharyngeal fibrom.)** *The Laryngoscope. November 1903.*

In den beiden mitgetheilten Fällen ragte die Geschwulst in die Mundhöhle hinein, war von hellrosa Farbe, gelappt und entsprang von dem ganzen Rachengewölbe; ein Arm erstreckte sich in die rechte Nase hinein und ragte bis zum Nasenloch; die Wandung des Antrum war von der Geschwulst resorbirt. Bevor man sich zur Radicaloperation entschloss, war Monate lang mit Elektrolyse behandelt worden. Die Versuche, mit der kalten Schlinge oder mit Hilfe der Galvanokaustik die Geschwulst zu entfernen, hatten bei ihrem Sitz, ihrer Grösse und Gestalt nur theilweise Erfolg und so wurde beim ersten Fall der Chirurg zur Vornahme einer äusseren Operation herbeigerufen. Verf. steht jetzt auf dem Standpunkt, dass die ganze Operation vom Rhinologen vorgenommen werden sollte, da er in Folge des täglichen Manipulirens in Nase und Nasenrachenraum die grössere Geschicklichkeit darin habe. Ferner meint er, dass jede Geschwulst, die ihren Ansatz in der Nase oder im Nasenrachenraum habe, radical per vias naturales entfernt werden könne. Er hält es für angebracht, in jedem Fall, in dem eine heftige Blutung zu befürchten ist, vorher die Carotis externa zu unterbinden; diese vorbereitende Operation sollte jeder Rhinologe im Stande sein, auszuführen. Sie macht die Anwendung des Tampons unnöthig und verhütet den sogenannten Operationsshock,

EMIL MAYER.

25) F. Southam. **Ein Fall von Entfernung einer polypösen Geschwulst von der Schädelbasis nach vorausgegangener Oberkiefer-Resection. (A case of removal of a polypoid growth from the base of the skull after a preliminary excision of the upper jaw.)** *Lancet. 9. April 1904.*

Es handelt sich um eine harte Geschwulst, die bei dem 22jährigen Patienten

an der oberen Rachenwand entsprang und den weichen Gaumen nach unten drückte. Es war zweimal von Nase und Mund aus operirt worden. Es bestand intensiver Kopfschmerz, die Bulbi waren leicht vorgetrieben. Der weiche Gaumen wurde in der Mittellinie gespalten und der Oberkiefer mit Ausnahme der Orbitalplatte resecirt. Der Tumor wurde von der Schädelbasis entfernt, wobei eine heftige Blutung entstand. Die beiden Hälften des weichen Gaumens wurden zusammengenäht und die Hautwunde geschlossen. Der Defect des harten Gaumens wurde durch eine an den Zähnen befestigte Prothese geschlossen. Ausgezeichnete Heilung; sehr geringe Deformität.

ADOLPH BRONNER.

26) **Potapow. Die dritte Mandel im Säuglingsalter. (3. mindelik w grudnew wosraste.)** *R. Wratsch. No. 49. 1903.*

P. hebt in dem kurzen Artikel die vielfachen Störungen hervor, welche durch die Hypertrophie der Rachenmandel beim Säugling zu Stande kommen und verlangt vom vierten Monat an die Entfernung derselben.

F. HELLAT.

27) **Ramirez Santaló** (Madrid). **Therapeutische Erfolge mittelst Emporhebens bei den adenoiden Wucherungen. (Resulta dos terapeuticos dal legrado en las vegetaciones adenoideas.)** *La Medicina Militar. No. 10. Septbr. 1902.*

Erwähnung eines Falles von Wucherungen, welcher mit jenem Verfahren (? Red.) behandelt wurde, und zwar mit günstigem Resultate. Im Anschluss daran stellt Verf. einige Betrachtungen an.

R. BOTEY.

28) **Pagnat. Ueber einige mit den adenoiden Vegetationen im Zusammenhang stehende Uebel. (Sur quelques complications de végétations adénoides.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 9. 1903.*

a) Diphtheritiskranke weisen in ca. 50 pCt. der Fälle Adenoide auf; viel weniger die übrigen Infectionskrankheiten der Kinder. Es werden bei Autopsien an den Verstorbenen starke Beläge an den Adenoiden gefunden, wo sie bei den Ueberlebenden meistens übersehen werden und wahrscheinlich manchmal die einzige Localisation bilden. Die Consequenzen ergeben sich aus diesen Thatsachen von selbst.

b) Verdauungsstörungen mit unstillbarem Erbrechen, ebenso alle möglichen anderen Magenstörungen, indem die Sekretionen des kranken Nasopharynx die Salzsäure des Magensaftes neutralisiren.

c) Erysipelasrecidive.

d) Augenkrankheiten, Keratitis, Conjunctivitis phlyctaen. chron.

e) Nervöse Störungen, Enuresis nocturna, Stottern, hartnäckige Torticollis.

JONQUIÈRE.

29) **A. A. G. Guye** (Amsterdam). **Die adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum bei Schulkindern. (De adenoïde vegetaties in de neuskeelholte bij schoolkinderen.)** *I u. II. Amsterdam, F. v. Rossen. 1903.*

30) **H. Burger** (Amsterdam). **Die Schuluntersuchung der adenoiden Vegetationen. (Het schoolonderzoek der adenoïde vegetaties.)** *Amsterdam, Scheltema en Holkema. 1904.*

31) **J. C. H. Moll** (Arnheim). **Die adenoiden Vegetationen. (De adenoïde vegetaties.)** *Med. Weekbl. X. No. 42.*

32) **H. C. A. Campagne** (Amsterdam). **Statistik der adenoiden Vegetationen. (Statistik der adenoïde vegetaties.)** *Geneesk. Courant. 9. Januar 1904.*

33) **A. A. G. Guye. Die adenoiden Vegetationen in der Schule. (Les végétations adénoïdes à l'école.)** *Amsterdam, F. v. Rossen. 1903.*

Vom Niederländischen Ministerium des Innern ist die Initiative zu einer Statistik der adenoiden Vegetationen bei Schulkindern ausgegangen, wozu die Hülfe der sanitären sowie der Unterrichtsbehörden in Anspruch genommen worden ist. Sämmtliche Lehrer des öffentlichen und privaten Schulunterrichts sind ersucht worden, die Zahl derjenigen Schüler ihrer Klasse anzugeben, bei welchen sie, auf Grundlage der äusseren Erscheinungen die Anwesenheit adenoider Wucherungen vermuthen. Zu ihrer Belehrung ist ihnen vom Ministerium ein kleines Büchlein zugesandt worden, in welchem die Hauptsymptome der betreffenden Krankheit (von Guye) kurz und deutlich beschrieben worden sind. In 2 weiteren Publicationen hat Guye sich bemüht, einerseits das Krankheitsbild der adenoiden Vegetationen in populärer Weise zu schildern, andererseits den Nutzen und die Brauchbarkeit einer Lehrer-Statistik zu plädiren.

Burger, dem sich Moll und Campagne anschliessen, meint dahingegen, dass Laien niemals im Stande sein werden, zu einer auch nur einigermaassen brauchbaren Statistik das Material zu sammeln. Uebrigens giebt auch er in seinem vor einer Lehrerversammlung gehaltenen Vortrage eine ausführliche, populäre Schilderung der adenoiden Vegetationen.

Darin sind sämmtliche Herren einverstanden, dass die Belehrung der Lehrerwelt in Bezug auf die Adenoide als ein durchaus dankenswerther Erfolg der ministeriellen Initiative anzusehen ist. In der That sind in dem ganzen Lande von Guye, Burger, Moll und vielen anderen Collegen populäre Vorträge über dieses Thema abgehalten worden und ist das Interesse der Lehrer sowie des Publikums in erfreulichem Maasse wachgerufen worden.

H. BURGER.

34) **Weiss** (Stuttgart). **Zur Operation der hypertropischen Rachenmandel.** *Med. Corresponzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. No. 52. 1903.*

Weiss empfiehlt dem praktischen Arzte, der nicht geübt ist in der Operation der adenoiden Vegetationen, die Zange von Hinz oder von Jurasz und sich dabei der Narkose zu bedienen.

SEIFERT.

35) **J. Vivé Picasó** (Barcelona). **Ein Fall von Epilepsie, geheilt durch Exstirpation von Wucherungen. (Un caso de epilepsia curado con la extirpación de adenoides.)** *Revist. de Especialidad Médicas. No. 105. 1903.*

Den Hauptzweck der Arbeit bildet die Beobachtung von zwei Rekruten, mit nervösen Störungen behaftet, die nach Entfernung der adenoiden Wucherungen geheilt wurden. Verf. beschäftigt sich eingehender mit dem Fall von Epilepsie.

R. BOTEY.

36) **James E. Logan. Adenoidgeschwülste mit besonderer Berücksichtigung ihres Verhaltens bei Erwachsenen. (Adenoid growths with special references to adult conditions.)** *The Laryngoscope. November 1903.*

Bericht, erstattet bei der 25. Jahresversammlung der American Laryngological Association. Cfr. Centralbl. Bd. XX. S. 101.

EMIL MAYER.

37) **W. Kent Hughes** (Melbourne). **Nasenrachengeschwülste; eine Kritik und Vergleichung. (Post-nasal growths; a criticism and a comparison.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20 October 1903.*

Eine Kritik der in der Septembernummer erschienenen und im Centralblatt, Bd. XX, S. 388—390 referirten Arbeiten. Verf. wendet sich gegen Hamilton's Behauptung, dass die Entwicklung von adenoiden Vegetationen zurückzuführen sei auf Veränderungen im Naseninnern; er hält den umgekehrten Zusammenhang für den wahrscheinlicheren. Ebenso bestreitet er die Behauptung Brady's, dass Hörstörungen im mittleren Lebensalter häufig auf in der Jugend vernachlässigte adenoide Vegetationen zurückzuführen seien. Was die Frage der Narkose anbelangt, so stimmt er mit Hamilton und Barratt, die Lachgas anwenden, nicht überein. Es kommen Fälle vor, wo man zur gründlichen Operation zwei oder drei Minuten gebraucht. Er zieht Chloroform oder Aether vor. Die Gefahr resultirt nicht direct aus dem Anästheticum, sondern aus dem Aspiriren von Blutgerinnseln. Er verwirft das Operiren bei hängendem Kopf und zieht die Neigung des Kopfes nach vorn vor. Der von Barratt erwähnten abnorm verlaufenden Arterie ist Verf. weder in seiner klinischen Erfahrung noch bei seinen anatomischen Untersuchungen jemals begegnet.

A. J. BRADY.

38) **J. W. Hamilton** (Adelaide). **Adenoide Vegetationen; eine Erwiderung. (Post-nasal growths; a rejoinder.)** *Intercolonial Medical Journal of Australasia. 20. Nocember 1903.*

Eine Erwiderung auf die von Hughes an Hamilton's Aufsatz über diesen Gegenstand in der September-Nummer desselben Journals geübte Kritik. Verf. hält seine Ansichten aufrecht und wiederholt die Argumente, die er für die Gefahren der Chloroformnarkose bei Adenoidoperationen in's Feld führt.

A. J. BRADY.

39) **J. A. Stucky. Adenoide des Nasenrachens. (Naso-pharyngeal adenoids.)** *Louisville Monthly Journal of Medicine and Surgery. November 1903.*

Verf. räth, die Patienten während der Operation auf die Seite zu legen, um so das Verschlucken von Blut zu verhindern.

EMIL MAYER

40) **G. Carrière. Adenoide Vegetationen; Albuminurie. (Végétations adénoides; albuminurie.)** *Le nord médical. 1. März 1904.*

Fall eines 8jährigen, von gesunden Eltern stammenden Kindes. Als es 6 Jahr alt gewesen war, war der Urin einmal untersucht worden, ohne dass etwas Pathologisches in ihm gefunden worden wäre. Verf. bekam es in Behandlung wegen Kopfschmerzen und Mattigkeit und constatirte Albuminurie; ausserdem fand er Nasenverstopfung in Folge adenoider Vegetationen. Für die Albuminurie

liess sich kein Grund auffinden, insbesondere war von einer voraufgegangenen Scarlatina nie etwas bemerkt worden. Von der Annahme eines eventuellen Zusammenhanges zwischen den adenoiden Vegetationen und der Albuminurie ausgehend, operirte Verf. die ersteren und wenige Tage darauf war das Eiweiss aus dem Harn verschwunden. Die Heilung hielt an.

A. CARTAZ.

41) **Schiffer** (Lüttich). **Die Adenoid-Krankheit und respiratorische Insufficienz. (Maladie adénoïdienne et insuffisance respiratoire.)** *Le Scalpel. No. 49. 1904.*

Sch. verwirft die Bezeichnungen adenoide „Wucherungen, Vegetationen, Tumoren“ statt Hypertrophie der Rachenmandel; man gebrauche diese Ausdrücke auch nicht für die Hypertrophie der Zungen- und Gaumenmandel, übrigens schlägt er den Namen „Adenoid-Krankheit“ oder „Meyer'sche Krankheit“ vor zur Bezeichnung der Affection. Sodann genüge es nicht, zur Beseitigung der respiratorischen Insufficienz, welche häufig eine mehr functionelle als anatomische Ursache habe, die Operation vorzunehmen, man müsse die Kranken das Athmen erlernen lassen; dies geschehe durch respiratorische Uebungen. Die Kranken müssen normal athmen lernen; es sei ebenso leicht, sie von Anfang an die exclusive Einathmung durch die Nase und Ausathmung durch den Mund lernen zu lassen, als die Ein- und Ausathmung durch die Nase.

Zum Schluss empfiehlt der Autor den deutschen „Brustausdehner“ oder Uebungen mit Keule und Hanteln.

BAYER.

42) **Szmurto. Ein seltener Fall von Durchbruch eines Retropharyngealabscesses ins Cavum tympani und Entleerung des Eiters durch den äusseren Gehörgang. (Niezwykty przypadek pekniecia wopnia tylnogardzielowego do jamy bebenkowej i wylania sie zawertosci qnez pnewod stuchowy zernetrzny.)** *Gazeta Lekarska. No. 19. 1904.*

Bei einem 3jährigen Kinde entstand im Verlaufe des Scharlachs (3. Woche) Athemnot und fast totale Dysphagie. Einige Tage darauf entleerte sich Eiter, mit Blut gemischt, durch den äusseren Gehörgang.

Die hintere Pharynxwand stark geröthet und geschwollen; bei der Betastung entleerte sich reichlich Eiter aus dem äusseren Gehörgang des linken Ohres. In der Membrana tympani wurde ein Riss im unteren Abschnitte bemerkt. Durch Incision des Pharynx entleerte sich ein Abscess und das Kind genas allmählich.

A. SOKOLOWSKI.

43) **Martinez Vargas** (Barcelona). **Linksseitiger und retro-amygdalar-pharyngealer Abscess bei einem 23 Monate alten Kinde; Operation; Heilung. (Absceso faringeo lateral izquierdo y retro-amigdalino en un nino de 23 meses; operacion; curacion.)** *La Medicina de los Ninos. März 1903.*

Genannter Abscess hatte sich im Verlauf eines gastrischen Fiebers gebildet. Die Entzündungserscheinungen waren ziemlich heftig. Die Oeffnung des Abscesses musste mehrmals vergrössert werden, aber nach 6 Tagen war die Heilung des kleinen Pat. vollkommen.

R. BOTEY.

44) **L. C. Cline. Retropharyngealabscess; Bericht über drei Fälle. (Retropharyngeal abscess; report of three cases.)** *Laryngoscope. September 1903.*

Nichts Bemerkenswerthes.

EMIL MAYER.

45) **Oscar Dowling. Eine Klette im Nasenrachen. (Cockle-burr in the nasopharynx.)** *New Orleans Medical Journal. November 1903.*

Der Fremdkörper verursachte völlige Nasenverstopfung; seine Entfernung geschah unter Chloroformnarkose.

EMIL MAYER.

46) **Rosenstein. Modification der Beckmann'schen Rachencürette.** *Münch. med. Wochenschr. No. 1. 1904.*

Die Modification besteht in einer Krümmung resp. Abbiegung im hinteren Theile des Stieles, sodass sich der Unterkiefer in die Convexität der Ausbiegung so hineinlegt und der erste Widerstand nicht von ihm, sondern von jener vordersten Parthie über den Choanen geliefert wird. Das Instrument ist in 3 Grössen bei Hertel in Breslau zu haben.

SCHECH.

c. Mundrachenhöhle.

47) **C. Köster. Eine merkwürdige centrale Störung der Geschmacksempfindung.** *Münch. med. Wochenschr. LI. 8. S. 333 u. 9. S. 392.*

Analog der Worttaubheit oder Rindenblindheit nimmt Verf. hier eine centrale Geschmacksstörung an, die auf syphilitische Erkrankung zurückzuführen ist.

J. KATZENSTEIN.

48) **Mayr** (Würzburg). **Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Geschmackssinnes.** *Habilitationsschrift. 1904.*

Ein normaler Zungenbelag übt auf die Geschmacksperception keinerlei Einfluss aus, wohl thut dies aber ein pathologischer. Bei acuten Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle ist die Geschmacksempfindung herabgesetzt, am stärksten für süss. Im Kindesalter ist der Geschmack im Allgemeinen schärfer, die Schwellenwerthe sind kleiner als bei Erwachsenen, speciell die für süss. Es werden durch verschiedene Arzneistoffe qualitative Veränderungen der Geschmacksperception hervorgerufen, am meisten leidet hierbei durchschnittlich die Empfindung für süss, dann die für bitter, endlich für salzig und sauer.

SEIFERT

49) **v. Ranke. Ein weiterer Beitrag zur Behandlung des nomatösen Brandes durch Excision des erkrankten Gewebes.** *Münch. med. Wochenschr. No 42. 1902.*

Nachdem sich in 3 Fällen die Excision von brandigen Geweben mit darauffolgender Verschorfung mittels Thermocauter bewährt hatte, versuchte v. R. die Methode in einem weiteren Falle bei einem 3jährigen Mädchen, das nach Masern Noma der Genitalien und des Afters, sowie der beiden Schenkelbeugen bekommen hatte; auch hier trat trotz der eingreifenden Operation Heilung ein.

SCHECH.

50) **Sylvan Rosenheim. Zwei Fälle von Leukokeratosis buccalis. (Two cases of leuko-keratosis buccalis.)** *John Hopkins Hospital Medical Bulletin. Februar 1904.*

Der Name Leukokeratose ist der Bezeichnung Leukoplakie vorzuziehen. In dem einen Fall, einen 52jährigen Mann betreffend, hatte Patient die Gewohnheit, den im Munde zerkauten Tabak in der linken Backentasche zu tragen. Die Untersuchung zeigte einen unregelmässig begrenzten grau-weissen Fleck, der etwas über die umgebende Schleimhaut prominirte.

Der zweite Fall betraf einen 30jährigen Neger, der ein mässiger Raucher, aber starker Trinker war. Am Dach des harten Gaumens fand sich ein unregelmässiger, sich auf den weichen Gaumen ausdehnender Fleck, der leicht erhaben war, theils von weisser Farbe, theils tief pigmentirt war und sich hart anfühlte.

EMIL MAYER.

51) **Snicker. Von der Behandlung ulceröser Affectionen der Mund- und Rachenhöhle durch concentrirte Lösungen von Chromsäure.** *Russisch-syphidologischer Verein St. Petersburg 13. März 1904.*

Autor giebt einen kurzen Ueberblick über Chromsäure-Behandlung und ihre Literatur und referirt dann kurz seine eigene Beobachtung. Nach derselben stellt sich die Chromsäure als wirksames Mittel gegen ulceröse luetische Affectionen heraus.

Gundurow erinnert daran, dass Chromsäure ebenso wie alle anderen Säuren für die Zähne eine unangenehme Wirkung haben könne.

Hellat bemerkt, dass die Chromsäure in der Oto-Rhino-Laryngologie larga manu überall angewandt wird, was dem Redner unbekannt zu sein scheint. Auch hat er die sehr gründlichen klinischen und experimentellen Untersuchungen von Genkin über diesen Gegenstand nicht berührt. P. HELLAT.

52) **Moizard** und **Grenet. Ueber ulceröse Stomatitis und Angina. (Sur la stomatite et l'angine ulcéreux.)** *Arch. de méd. des enfants. October 1904.*

Auf Grund klinischer Beobachtungen und bakteriologischer Untersuchungen bestätigen Verff. die von anderer Seite bereits festgestellte Identität zwischen der Angina Vincenti und der ulcerösen Stomatitis. Selbstverständlich fällt nicht jede von Ulcerationen begleitete Stomatitis in diese Rubrik, sondern nur die Fälle, die durch folgenden Symptomencomplex annähernd gekennzeichnet sind: Ulcerationen, gewöhnlich nur auf einer Seite vorhanden, mit nicht indurirten Rändern, die sich mit einem grauen Exsudat bedecken, von einer Anschwellung der submaxillaren Lymphdrüsen begleitet; es besteht Foetor ex ore.

Verff. erheben Einwendungen gegen die Bezeichnungen „diphtheroid" und „ulcero-membranös", die den Gedanken an Diphtherie entstehen lassen könnten; sie treten für die Benennung „ulceröse Stomatitis und Angina" ein. A. CARTAZ.

53) **Kelsch. Ueber die Stomatitis ulcero-membranacea. (Sur la stomatite ulcéro-membraneuse.)** *Académie de Médecine. 19. Juli 1904.*

Die Krankheit ist in der Armee endemo-epidemisch. Sie befällt nur die Soldaten und Kinder. In den Kasernen erschien sie Ende des 18. Jahrhunderts

und verschwindet in den letzten Jahren. Die Krankheit ist auf denselben Mikroorganismus zurückzuführen wie die Vincent'sche Angina. PAUL RAUGÉ.

54) Grenet. **Ueber die Natur der ulcerösen Stomatitis und Angina. (Sur la nature de la stomatite et de l'angine ulcéreuses.)** *Société de biologie. 2. Juli 1904.*

Alle Beobachtungen des Verf.'s betreffen Kinder. In allen Fällen konnten Spirillen und fusiforme Bacillen, rein oder mit anderen Mikroorganismen zusammen, nachgewiesen werden. Man kann die beiden Affectionen als Modalitäten derselben bucco-pharyngealen Infection ansehen. PAUL RAUGÉ.

55) **E Botella** (Madrid). **Die Vincent'sche Angina und Tonsillen-Schanker. (Angina de Vincent y chancro de la amigdala.)** *Boletin de Laringol., Otolog. y Rinolog. September-October 1903.*

B. bespricht die Schwierigkeiten, die beide Affectionen für die Differentialdiagnose darbieten und hält die mikroskopische Untersuchung für die Sicherheit der Diagnose unumgänglich. R. BOTEY.

56) **Dubar. Ulcero-membranöse Angina oder diphthereide Vincent'sche Angina. (Amygdalite ulcéro-membraneuse ou angine diphtéreide de Vincent.)** *Progrès méd. 9. Juli 1904.*

Verf. hat in diesen Fällen mit Erfolg Wasserstoffsuperoxyd applicirt.

A. CARTAZ.

57) **Randle C. Rosenberger. Zwei Fälle von Vincent'scher Angina und einer von Noma mit Befund des für erstere Krankheit charakteristischen Organismus. (Two cases of Vincent's angina and one of noma in which the organisms characteristic of the former affection was found.)** *American Medicine. 23. Juli 1904.*

Der Titel besagt, worum es sich in den mitgetheilten Fällen handelte. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Vincent'sche Angina zweifellos eine wohl charakterisirte klinische und pathologische Entität darstellt, die durch Symbiose des Bacillus fusiformis mit dem Spirillum entsteht. Dass die Krankheit nicht öfter diagnosticirt wird, liegt nach der Meinung des Verf.'s daran, dass meist Culturen angelegt und keine Ausstrichpräparate gemacht werden; in ersteren wird der Mikroorganismus nicht rein erhalten und schnell von den in der Mundhöhle enthaltenen Mikroorganismen überwuchert. EMIL MAYER.

58) **George B. Wood. Behandlung der acuten Amygdalitis. (Treatment of acute amygdalitis.)** *Therapeutic Review. März 1904.*

Verf. verschreibt:

Rp. Strychnin. sulf. 0,031
Ammon. salicyl.
Stront. salicyl aa 5,5
Aq. ad 100,0.

MDS. Schütteln! Theelöffelweise in Milch nach dem Essen.

Als Mundwasser empfiehlt er:

Rp. Acid. boric. 5,5
Kal. chlorat. 10,00
Glycerin 30,0
Aq. ad 200,0.

DS. Mit warmem Wasser verdünnt zum Mundspülen.

Für die Mundspülungen muss man den Patienten erst ordentlich instruiren. Bei der gewöhnlichen Art zu Gurgeln kommt die Flüssigkeit nicht hinter die vorderen Gaumenbögen. Um es weiter nach hinten zu bringen, lasse man den Patienten sich hinlegen, so dass der Kopf in gleichem Niveau mit den Schultern ist und lasse ihn die Flüssigkeit soweit nach hinten bringen, dass sie gerade noch nicht heruntergeschluckt wird. Nachdem er sie hier einen Augenblick gelassen hat, richte er den Kopf mit einer schnellen Bewegung nach vorn, so dass die Flüssigkeit wieder in den Mund zurückfliesst. Auf diese Weise wird der ganze Mundrachen gründlich gereinigt. Wenn die acute Entzündung vorüber ist, trägt die mässige Anwendung eines Adstringens dazu bei, die Norm wiederherzustellen. So giebt Tanninglycerin zweimal täglich aufgepinselt gute Resultate. Folgendes adstringirendes Mundwasser ist zu empfehlen:

Rp. Fluidextrat e Rhus glebra 90,00
Kal. chlorat. 6,00
Glycerin 15,00.

DS. Schütteln. Ein bis drei Theelöffel auf ein Weinglas Wasser.

EMIL MAYER.

59) **John Levett Morse. Tonsillitis eine Ursache für acute Nephritis. (Tonsillitis a cause of acute nephritis.)** *Archives Pediatrics. Mai 1904.*

Verf. hat in vier Fällen nach Peritonsillitis Nephritis auftreten sehen, und zwar betrafen zwei Fälle Kinder, zwei Erwachsene. Scharlachfieber war auszuschliessen. Verf. glaubt, dass die Nephritis eine häufigere Nachkrankheit der Tonsillitis darstellt, als man gewöhnlich glaubt, und dass Herz und Urin ebenso wie beim Scharlach und Rheumatismus untersucht werden und diese Untersuchungen auch während der Reconvalescenz fortgesetzt werden sollen.

EMIL MAYER.

60) **F. Berini** (Madrid). **Ueber die phlegmonösen Periamygdalitiden; Wichtigkeit des oberen Mandelpoles; ihre Behandlung mittelst der Discision. (De las periamigdalitis flemonosas; importancia del polo superior de la amigdala; su tratamiento par medico de la discisión.)** *Revist. de Medic. y Cirugia. December 1903.*

Verf. geht zunächst auf die Anatomie der Mandelgegend und insbesondere der oberen Tonsillargrube und -Falte ein und bespricht darauf die Pathologie derselben als Ursache der phlegmonösen Entzündungen der Umgebung der Tonsillen.

R. BOTEY.

61) **Norval H. Pierce. Cholesteatom-Krankheit der Mandeln. (Cholesteatomatous disease of the tonsils.)** *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. März 1904 und Laryngoscope. Mai 1904.*

Der von Siebenmann als Metaplasie bezeichnete Vorgang kommt in ver-

schiedenen Körperregionen vor, so namentlich im Mittelohr und den Mastoidzellen. Hier sind diese Massen unter dem Namen Cholesteatom bekannt. Makroskopisch und mikroskopisch unterscheiden sie sich nicht von den in den Tonsillen und der Supramaxillargrube vorhandenen Pfröpfen, nur dass diese im Unterschied zu dem Cholesteatom des Ohres keine umgrenzende Membran besitzen; beide sind auf dieselben Ursachen zurückzuführen: Epithelexfoliation, fettige Degeneration und schliesslich Zersetzung der Massen. Worauf im Grunde die Exfoliation zurückzuführen ist, kann man nicht sagen; möglicherweise ist die Metaplasie bewirkt durch einen säurebildenden, sich ebenso wie der Tuberkelbacillus färbenden Bacillus, den man stets in den cholesteatomatösen Massen findet. Die Chronicität des Processes ist in letzter Linie wohl auf Retention zurückzuführen. Sobald eine Epithelschicht abgestossen ist, wiederholt sich der Degenerationsvorgang an dem darunter liegenden Epithel und so bilden sich — Schicht für Schicht — die Pfropfen.

EMIL MAYER.

62) **Jonathan Wright. Actinomycose der Tonsille nebst einigen Bemerkungen über die Eingangspforten der Infection. (Actinomycosis of the tonsil, with some remarks on the portals of infection.)** *American Journal of Medical Science. Juli 1904.*

Bei einem Knaben wurden die hypertrophischen Tonsillen entfernt. Dieselben wuchsen nicht wieder. Nachträgliche Untersuchung der Tonsilien ergab Actinomycose und das Vorhandensein einer Abscesshöhle. Augenscheinlich befand sich in diesem Fall der infectiöse Keim in einer Tonsillarkrypte. Nach längerer oder kürzerer Zeit begann er sich zu vermehren und ein Toxin abzuscheiden, das eine Proliferation des Epithels und gleichzeitig einen Zerfall an der Oberfläche anregt. Für die actinomycotischen Abscesse ist es stets charakteristisch, dass sie schmerzlos entstehen. Man kann sich vorstellen, dass durch die Proliferation des Epithels ein Uebergreifen des actinomycotischen Processes auf das darunterliegende Lymphgewebe verhütet wird.

EMIL MAYER.

63) **Thévenat. Actinomycose der Mandel. (Actinomycose de l'amygdale.)** *Société de médecine de Lyon. 30. Mai 1904.*

Bisher wurde nur zweimal über diese seltene Localisation der Actinomycose berichtet: einmal von Ruge, das andere Mal von Mikulicz. Der Fall, der hier mitgetheilt wird, begann mit einer acuten Tonsillitis mit Schwellung am Kieferwinkel. Die Härte und Ausdehnung der Infiltration führten auf die Diagnose, die durch das Mikroskop bestätigt wurde.

PAUL RAUGÉ.

64) **Monnier. Ein Fall von Tetragenusangina. (Un cas d'angine à tétragène.)** *Gaz. méd. de Nantes. 13. August 1904.*

Fall eines 2jährigen Mädchens, das mit einer Angina ins Krankenhaus geliefert wurde, deren Aussehen derart suspect für Diphtherie war, dass eine Seruminjection gerechtfertigt schien. Am nächsten Tage sind die gerötheten Tonsillen mit blauen Punkten bedeckt, die an Sandkörner erinnern. Ihre bakteriologische Untersuchung ergiebt das Vorhandensein des Micrococcus tetragenus aureus. Das Kind hatte kein Fieber; die Drüsen waren nicht geschwollen.

A. CARTAZ.

d. Diphtherie und Croup.

65) **Martin** (Paris). **Die Mortalität an Diphtherie in verschiedenen Lebensaltern. (La mortalité par diphtérie aux différents âges.)** *Société médicale des hôpitaux. 20. Mai 1904.*

Im ersten und zweiten Jahr beträgt die Mortalität 29,89 pCt., im späteren Kindesalter fällt sie auf 7,39 pCt. Bei Erwachsenen beträgt sie 3,45 pCt.

PAUL RAUGÉ.

66) **H. Barbier. Statistik über 800 Diphtheriefälle. (Statistique de 800 cas de diphtérie.)** *Société médicale des hôpitaux. 17. Juni 1904.*

B. hat am Hôpital Hérold vom April 1902 bis September 1903 763 Diphtheriefälle behandelt; darunter waren 660 Heilungen und 103 Todesfälle (Mortalität 13 pCt.). Bei reiner Diphtherie wurden von den 193 Fällen alle geheilt (Mortalität 0 pCt.); bei der gutartigen Form der Diphtherie mit Association anderer Mikroorganismen kamen 5 Todesfälle auf 306 Patienten (Mortalität 1,5 pCt.), bei der malignen Form von Association 50 Todesfälle auf 143 Kranke (Mortalität 35 pCt.). Bei den 27 Fällen von hämorrhagischer Form kamen 16 Todesfälle vor (Mortalität 59 pCt.); bei Scharlachdiphtherie betrug die Sterblichkeit 40 pCt., bei Nasendiphtherie 56 pCt.

Frühzeitig auftretende Lähmungen sind ein Zeichen mali ominis; wenn sie vor dem 4. Tage auftreten, verläuft der Fall meist tödtlich. Recidive konnten 9mal constatirt werden.

PAUL RAUGÉ.

67) **Masüger** (Andeer). **Bemerkenswerther Diphtheriefall.** *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 4. 1904.*

Neunjähriger Knabe direct am Ersticken; Tracheotomie mit Taschenmesser; kleines Kautschuckröhrchen als provisorische Canüle. Entfernung eines langen Bronchialausgusses von Croupexsudat. Circumscripte Pneumonie. Rachen ganz frei. Trotz alledem rascher Ausgang in gänzliche Heilung.

JONQUIÈRE.

68) **F. Massei. Die Nasendiphtherie. (La diphterite nasale.)** *Arch. di Laringologia. April 1904.*

Verf. giebt eine ausführliche Schilderung des Krankheitsbildes, der Diagnose, Prognose und Behandlung. Was letztere anbetrifft, so empfiehlt er die Seruminjectionen, und zwar benutzt er ein Serum, das in 5 ccm 1500 Immunitätseinheiten besitzt. Wenn man einen Fall im Anfangsstadium in Behandlung bekommt, genügt gewöhnlich die Injection des Behring'schen Serum No. II; bei Kindern über 6 Jahren wende man stets No. III an.

FINDER.

69) **L. Concetti. Zur Nasendiphtherie. (A proposito della difterite nasale.)** Offener Brief. *Arch. Ital. d. Laringologia. Juni 1904.*

Verf. nimmt für sich vor Baginsky die Priorität des Nachweises von Löffler'schen Bacillen bei Rhinitis pseudo-membranaceâ in Anspruch; er weist nach, dass er Präparate und Culturen bereits auf dem im August 1891 in Siena abgehaltenen Congresse der Associazione Medica ausgestellt habe.

FINDER.

70) **Harris Wilfred** (London). **Postdiphtherische chronische Bulbärparalyse und ihre Unterscheidung von Myasthenie. (Post diphtheric chronic Bulbar Paralysis and its distinction from Myasthenia.)** *Abdruck aus Brain. Winternummer 1903.*

Verf. behandelt die Litteratur über chronische Bulbärparalyse und Myasthenie in erheblicher Ausführlichkeit und Gründlichkeit. Von ersterer Affection konnte er nur vier Fälle nach Diphtherie auffinden. Zwei von diesen Fällen werden im Detail wiedergegeben; von dem einen derselben sind Abbildungen im Text gegeben. Verf. behandelt die nucleäre Versorgung der oberen Gesichtsmuskeln und lässt die experimentellen Thatsachen, auf denen unsere heutige Kenntniss basirt, Revue passiren. In den beiden mitgetheilten Fällen begannen die Symptome mit Lähmung des Gaumens nach einer ulcerösen Halsentzündung, die in dem einen Fall als Diphtherie erkannt wurde. Zwar war keine bakteriologische Bestätigung der Diagnose vorhanden, jedoch glaubt der Autor, dass die Lähmung einen Schluss auf die diphtherische Natur der Krankheit zulasse. In mancher Hinsicht hatten die Fälle Aehnlichkeit mit Myasthenie oder asthenischer Bulbärparalyse, z. B. darin, dass die Sphincteren der Augen und Lippen gelähmt waren, während der M. frontalis paretisch, die übrigen Gesichtsmuskeln aber nicht befallen waren. Dagegen weist Verf. auf das Fehlen typischer und constanter Symptome der Myasthenie hin, wie Ptosis, Parese der Kiefer- und Kaumuskeln, Ophthalmoplegie, Schwäche der Nacken- und Extremitätenmuskeln, Dyspnoe; vor Allem fehlt die für die Myasthenie charakteristische Veränderlichkeit der Symptome, die sich nach körperlichen Anstrengungen und am Abend stets verschlimmern, sowie die Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit.

JAMES DONELAN.

71) **N. Dombrowski. Zur Casuistik postdiphtherischer Lähmungen. (K kasuistike posle difteriinick poralitschei.)** *Prakt. Wratsch. p. 229. 1904.*

Mittheilung zweier Fälle, in denen die Localisation der Lähmungen in einem Falle nur einen Augenmuskel betraf (Strabismus convergens), im anderen den gewöhnlichen Verlauf nahm.

P. HELLAT.

72) **J. Comby. Diphtherische Lähmungen durch Serum geheilt. (Paralysies diphtériques guéris par le serum.)** *Archiv. de méd. des enfants. Juli 1904.*

Verf. berichtet über einen Fall von postdiphtherischer Gaumensegellähmung. die innerhalb von drei Tagen durch zwei Seruminjectionen geheilt wurde. In drei anderen Fällen wurde dieselbe Therapie mit gleichem Erfolge angewandt. Einer dieser Fälle war sehr ernsthafter Natur; es handelte sich um Lähmung des Gaumens, der Extremitäten, der Augenmuskeln. Im Laufe von 18 Tagen trat unter Behandlung mit Seruminjectionen Heilung ein.

A. CARTAZ.

73) **E. Vallejo** (Madrid). **Die Hautausschläge, welche im Verlaufe der Diphtherie zum Verschein kommen. (Las erupciones que sobrecienen en al curso de la difteria.)** *El Siglo Médico. No. 20. December 1903.*

Verf. bespricht die verschiedenen polymorphen Erytheme, welche sich in der Convalescenz der Diphtherie u. s. w. jetzt häufiger zeigen als früher in Folge der Serumbehandlung. Er führt sie auf die durch das Serum hervorgerufene, be-

deutende Diaphorese der Haut zurück, wodurch eine Anzahl von Toxinen eliminirt werden.

R. BOTEY.

e. Kehlkopf und Luftröhre.

74) **L. Harmer. Ueber die Behandlung der Kehlkopfpapilleme im Kindesalter, mit besonderer Berücksichtigung der Laryngetemie.** *Fraenkel's Archiv f. Laryngologie. Bd. 14. S. 58. 1903.*

Verf. theilt mehrere Fälle aus O. Chiari's Klinik mit, in denen Modificationen der Voltolini'schen Schwammmethode mit gutem Erfolge zur Anwendung kamen: Theils wurden die papillomatösen Stellen mit einem (mit Cocainlösung getränkten) kurzen steifen Borstenpinsel kräftig gerieben, theils wurden nach vorheriger Tracheotomie an einem durch den Kehlkopf zur Tracheotomiewunde herausgeführten Seidenfaden mehrere kleine und grosse Schwammstückchen befestigt und diese an dem Faden durch die Glottis hin- und hergezogen.

Ausser diesen beiden Methoden, die Verf. besonders empfiehlt, nennt er die Intubation, die Exstirpation unter Kirstein'scher Autoskopie, das Löri'sche Verfahren mittelst Metallkathetern mit scharfrandigen Oeffnungen und andere Ersatzmethoden der endolaryngealen Operation. Jede derselben hat ihren Werth und ist im geeigneten Falle mit Nutzen anzuwenden, nur die Laryngofissur verwirft Verf. principiell, weil sie nichts zu leisten vermag, was nicht auch die anderen Methoden zu leisten vermöchten, gegenüber diesen aber den Nachtheil hat, unangenehme Folgezustände nach sich zu ziehen, die ein langes Siechthum erzeugen und geradezu die sociale Existenz der Betroffenen untergraben können.

F. KLEMPERER.

75) **R. H. Craig. Kehlkopfpapillom. (Papilloma of the larynx.)** *Montrea Medical Journal. September 1904.*

Die Geschwulst wurde nach vorausgegangener hoher Tracheotomie mittels der Laryngofissur entfernt, ihr Grund wurde mit dem Galvanokauter geätzt. Sechs Wochen später war ein leichtes Recidiv vorhanden, das nach Anwendung des Formalinsprays (1:2000) allmälig zurückging. Das definitive Resultat war, dass das vordere Drittel des Stimmbandes durch ein fibröses Band ersetzt war. Das functionelle Resultat war schlecht, insofern die Stimme sehr heiser war.

EMIL MAYER.

76) **Zalewski. Endolaryngeale Entfernung eines Fibroms. (Śródkrtaniowe wyluszczenie włókniaka krtani.)** *Przeglad Lekarski. No. 14. 1904.*

Bei einer 36 jährigen, seit zwei Jahren an Heiserkeit und seit einigen Monaten an Athembeschwerden leidenden Frau constatirte Verf. eine Geschwulst, welche den linken Sinus Morgagni ausfüllte und fast das ganze wahre, linke Stimmband bedeckte. Die Geschwulst war von glatter Fläche, breiter Basis und harter Consistenz, verengte das Kehlkopflumen.

Mittelst doppelter Krause'scher Curette spaltete Verf. die umgebende

Schleimhaut der Geschwulst und entfernte ohne grosse Schwierigkeit die Geschwulst.

A. SOKOLOWSKI.

77) **Kaufmann** (Basel). **Ein amyloider Tumor des Kehlkopfes.** (Vortrag in der medicinischen Gesellschaft in Basel.) *Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 23. 1903.*

Ueber den Fall hat Verf.'s Assistent Johanni im Archiv für Laryngologie, Bd. XIV, berichtet (cf. folgendes Referat).

JONQUIÈRE.

78) **Johanni** (Jenins). **Ueber einen Amyloidtumor des Kehlkopfes und der Trachea.** *Dissertation. Basel. Arch. f. Laryngologie. Bd. 14. Heft 2.*

Eine Mittheilung über diesen Fall durch Kaufmann stand im Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte, No. 23, 1903.

Geschwulst im subglottischen Theil des Kehlkopfs, welche Athmungsstörungen hervorrief. Die Oberfläche erscheint grossentheils in kraterförmig nekrotischem Zerfall. Die amyloide Degeneration der kleinzelligen Infiltrate ist am auffallendsten an den Wänden der Blutgefässe und der Drüsen und in der glatten Muskulatur, sowie im interstitiellen Gewebe. Die anfänglich tropfenweise zwischen den Bindegewebsfasern (s. Querschnitte) auftretenden Amyloidmassen bringen dieselben durch Verdrängung und Druck zur Atrophie. Neben den Amyloidkugeln findet man charakteristische Plasmazellen, zahlreiche Riesenzellen und hyaline Stellen zerstreut in den Amyloidmassen. Der Wachsthumsprocess des Tumors wird als ein entzündlicher aufgefasst.

JONQUIÈRE.

79) **W. Permewan** (Liverpool), **Drei Fälle von Entfernung kleiner Larynxtumoren. (Three cases of removal of small laryngeal growths.)** *Liverpool Med. Chir. Journal. Januar 1904.*

Drei Fälle, in denen die Schwierigkeit darin bestand, dass die Geschwülste, die im vorderen Drittel der Stimmbänder ihren Sitz hatten, ungemein klein waren. Zwei von den Patienten waren zwei Jahre hindurch ohne laryngoskopische Untersuchung wegen „chronischer Laryngitis“ behandelt worden. Verf. empfiehlt die Anwendung der Mackenzie'schen Zange.

JAMES DONELAN.

80) **Dundas Grant. Intralaryngeale Geschwülste mittelst der Galvanokaustik behandelt. (Intralaryngeal growths treated by means of the galvanocautery.)** *Lancet. 9. April 1904.*

Verf. empfiehlt zur Entfernung des Stumpfes von Larynxtumoren die Galvanokaustik; er beschreibt die dabei anzuwendende Technik.

ADOLPH BRONNER.

81) **Philipp de Santi. Die Lymphgefässe des Kehlkopfes und ihre Beziehung zu malignen Erkrankungen dieses Organs. (The lymphatics of the larynx and their relation to malignant disease of that organ.)** *Lancet. 18. Juni 1904.*

Santi giebt eine Zusammenfassung der über diesen Gegenstand angefertigten Arbeiten und der dabei erfolgten Methoden. Die Resultate von Poirier's Injectionen der Kehlkopflymphgefässe lassen sich folgendermaassen zusammenfassen: 1. Wird bei einer subglottischen Injection das Lymphgefässnetz nach

aufwärts verfolgt, so scheint es ungefähr einen Millimeter weit vom freien Rande des wahren Stimmbandes plötzlich zu endigen. 2. Bei einer supraglottischen Injection sieht man Lymphgefässe in den Taschenbändern, die, je mehr sie sich deren freiem Rande nähern, immer schwächer werden. 3. Die Lymphgefässe der wahren Stimmbänder sind schwer zu injiciren: man findet sie, aber in geringer Menge.

Cuneo's Resultate sind fast die gleichen; nach ihm wird die ganze Schleimhaut des Kehlkopfes von einem lymphatischen Netzwerk durchzogen, das am stärksten da ist, wo die Schleimhaut am dicksten ist. Es lässt sich in eine obere und untere Zone theilen; die obere, die sehr leicht zu injiciren ist, begreift die Kehlkopfschleimhaut oberhalb der Glottis, die Epiglottis, ary-epiglottischen Falten, die Interarytaenoidgegend und die Taschenlippen in sich, die untere umfasst die subglottische Schleimhaut. In dieser Region ist das Netzwerk weniger dicht und schwerer zu injiciren. Diese beiden Regionen sind relativ unabhängig von einander. In beiden Regionen verhalten sich die Vasa efferentia verschieden. Die aus dem supraglottischen Netz entspringenden Gefässe verlaufen zu den seitlichen Partien der Epiglottis und den aryepiglottischen Falten, durchbohren dann die Membrana thyreo-hyoidea an der Stelle des Eintritts der Art. laryngea. Dann theilen sie sich in drei Gruppen: eine ascendirende, die den Nervus hypoglossus kreuzt und in einer gerade hinter dem hinteren Bauch des M. digastricus gelegenen Lymphdrüse endigt; eine horizontale Gruppe, die in Lympdrüsen endigt, die an der Vena jugularis interna in Höhe der Bifurcation der Carotis communis gelegen sind und schliesslich eine absteigende Gruppe, die in Drüsen sich ergiessen, die am mittleren Theil der seitlichen Schilddrüsenlappen liegen. Die Vasa efferentia der infraglottischen Region theilen sich in zwei Gruppen, eine vordere und eine hintere. Die vordere, Supracricoid-Gruppe, besteht aus drei bis vier Stämmen, die die Membrana crico-thyreoidea nahe der Mittellinie durchbohren. Einige von diesen Gefässen endigen in den prälaryngealen Drüsen, andere in einer prätrachealen Drüse und noch andere in einer der Drüsen der mittleren oder unteren Sterno-mastoid-Kette.

Die Vasa afferentia der prälaryngealen Drüsen sind einige von den Lymphgefässen des mittleren Lymphstammes des Kehlkopfs und diejenigen der prätrachealen Drüse kommen theils von der Schilddrüse, theils von den prälaryngealen Drüsen. Die aus dem Larynx herstammenden Lymphgefässe ergiessen sich in die unter dem M. sternocleidomastoideus gelegenen Drüsen, in die den N. recurrens begleitenden und nebenbei in die Supraclaviculardrüsen. Die substernomastoidalen Drüsen sind es hauptsächlich, die schliesslich die Lymphgefässe des Larynx aufnehmen; die prälaryngealen, prätrachealen und Recurrensgruppen sind nur als Unterbrechungen auf dem Wege von der Infraglottisregion zu der tiefer gelegenen Gruppe der Sternomastoiddrüsen eingeschaltet.

Aeussere Kehlkopfcarcinome haben alle die charakteristische Tendenz, sich gegen den Kehlkopfeingang und die seitlichen Partien der pharyngo-laryngealen Region auszubreiten. Diese Ausbreitung ist rapide und sicher, wenn die Epiglottis oder aryepiglottischen Falten primär ergriffen sind. Innere Kehlkopfcarcinome ergreifen am häufigsten die wahren Stimmbänder, danach am häufigsten die Taschenbänder und verhältnissmässig selten die subglottische Region. Das

Carcinom der wahren Stimmbänder entwickelt sich langsam; es neigt dazu, zunächst auf das andere Stimmband und später auf die supraglottische Gegend überzugreifen. Gleicherweise erfolgt die Ausdehnung nach der supraglottischen Gegend, wenn die Taschenbänder ergriffen sind. Subglottische Carcinome sind selten. Sendziak fand unter 486 Fällen nur 5. Sie tendiren, sich nach unten auszubreiten und die Trachea zu befallen.

In Fällen von Epitheliom der Epiglottis und der aryepiglottischen Falten ist sehr frühzeitige Drüseninfection die Regel.

Berücksichtigt man die anatomische Vertheilung der Drüsen, so kan man die Infection der Drüsen in drei Gruppen theilen, die substerno-mastoide, die prälaryngo-tracheale und die Infection der den Recurrens begleitenden Drüsen. Thatsache ist, dass beim Larynxcarcinom alle zwischen dem hinteren Digastricus-Bauch und der Clavicula eingeschlossenen Drüsen inficirt werden. Solange die Affection auf eine Seite beschränkt bleibt, sind die Drüsen nur auf der betreffenden Seite afficirt. Wird die Epiglottis oder Ringknorpelplatte mitbefallen, so können beiderseits die Rachendrüsen afficirt werden.

Die Operation hat den Sitz und das Stadium der Erkrankung zu berücksichtigen. Wenn ein Epitheliom, das sich stricte auf das Larynxinnere beschränkt, frühzeitig erkannt wird, genügt die Thyreotomie, wie sie Semon, Butlin u. A. ausführen, zur radicalen Beseitigung der Krankheit. Sind keine Drüsenschwellungen nachweisbar, so besteht keine Nothwendigkeit, die bei der Infection in Betracht kommenden Drüsen zu exstirpiren. Semon und Butlin haben glänzende Resultate aufzuweisen, wie sie bei keiner chirurgischen Behandlung des Krebses an anderen Körpertheilen erreicht worden sind.

Man muss mit Cuneo übereinstimmen, dass die Exstirpation der für die Infection in Betracht kommenden Drüsengruppen in allen Fällen von maligner Erkrankung des Larynx systematisch ausgeführt werden soll, ausser bei Krebs des Kehlkopfinnern, wenn er frühzeitig erkannt ist, von beschränkter Ausdehnung ist und noch keine klinischen Anzeichen von Drüseninfiltration nachweisbar sind.

ADOLPH BRONNER.

82) **R. de Sota y Lastra** (Sevilla). **Ist vom medicinischen und socialen Gesichtspunkte aus das chirurgische Eingreifen in allen Klassen von Kehlkopfkrebs und in allen Zeitpunkten oder Phasen angemessen? (Es conveniente, desde al punto de vista médico y social, la intervencion quirúrgica en toda clase de cánceres laringeos y en todos sus periòdos ó fases?)**, *Archiv. Latin. de Rinol, Laringol. etc. No. 121. 1903.*

Genannte Arbeit hat Verf. auf dem XIV. Internationalen Medicinischen Congress (Section für Laryngologie) mitgetheilt.

R. BOTEY.

83) **Sloret** (Valencia). **Die erste in Valencia ausgeführte Totalexstirpation des Kehlkopfes. (Primera exstirpación total de la laringe practica de en Valencia.)** *La Clinica Moderna. October 1903.*

Die Operation wurde an einem 42jährigen Manne von kräftiger Natur wegen carcinomatöser Vegetationen ausgeführt. Eingehende Schilderung derselben. Die

Wundheilung war ganz normal. Patient hatte nach sechs Monaten 20 Kilo zugenommen ohne jedes Zeichen von Recidiv. R. BOTEY.

84) **Ch. A. L. Zegers** (Batavia). **Carcinoma laryngis.** *Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indië. XL. H. 2.*

Vortrag in einem medicinischen Verein und Anregung zur Frühdiagnose und Frühoperation. Z. hat einen Patienten untersucht, bei dem vor drei Jahren von Dr. Wydenes Spaans, Soerabaia, ein Carcinom des hinteren Theiles des linken Stimmbandes endolaryngeal entfernt worden war. Der Kehlkopf war normal; geringe Heiserkeit die einzige Beschwerde. H. BURGER.

85) **Padula. Die Exstirpation des Kehlkopfs. (L'estirpazione della laringe.)** *Policlinico Sez. Prat. No. IX. 1904.*

Verf. hat die Durante'sche Methode (Ref. Centralbl. XX, S. 394) der Kehlkopfexstirpation zum Gegenstand seiner Betrachungen gemacht und diese Methode vom anatomischen und physiologischen Standpunkt studirt besonders in den Fällen, in denen man gezwungen ist, das Zungenbein zu exstirpiren.

Drei Fragen hat er sich zur Beantwortung vorgelegt: Wenn die Muskeln, die das Zungenbein fixiren, resecirt sind, wie wird sich, nachdem die den Unterkiefer nach unten ziehenden Muskeln ihren Standpunkt verloren haben, die Oeffnung des Mundes vollziehen? Wie wird, wenn der Zunge die Action des M. hyoglossus fehlt, der Schluckact vor sich gehen? Wie wird, nachdem die Constrictores medii und inferiores des Pharynx resecirt sind, das Herabsteigen der Bissen vor sich gehen?

Die erste Frage beantwortet P. durch anatomische und physiologische Untersuchungen der Muskeln, die vom Kiefer zum Zungenbein und von da zu den tiefer gelegenen Theilen ziehen. Er glaubt, dass in diesen Fällen der Mund sich infolge einer Erschlaffung der Muskeln öffnet, die ihn geschlossen halten, und dass dann der Kiefer nach dem Gesetz der Schwere herabsinkt. Wenn Vernarbung eingetreten ist, so besteht vor dem Oesophagus ein Centrum, in dem die resecirten Muskeln zusammentreffen und mit dem Gebrauch stellt sich die Function wieder her.

Was die zweite Frage Frage betrifft, so beantwortet sie P. folgendermaassen: Nach Fortnahme des Zungenbeins müsste die Zunge nach oben steigen und den Rachen verschliessen. Sie wird aber unten festgehalten, theils durch Contraction des Pharyngoglossus, theils dadurch, dass die Muskeln sich in ihrer Function den erlittenen Veränderungen adaptiren.

Das Schlucken nach Verlust der Constrictoren vollzieht sich mit Hülfe der Wirkung der Musculi stylo-pharyngeus und petro-pharyngeus.

Man kann also nach P. ohne Furcht vor etwa eintretender Behinderung des Schluckens das Zungenbein exstirpiren. FINDER.

86) **R. Wreden. Zur Technik der Totalexstirpation des Kehlkopfes unter localer Anästhesie. (K technike operazii polnawo issetschenija gortani pod mestnoi anaestesii.)** (Protokoll des russischen Chirurgencongresses.) *R. Arch. Chirurg. Bd. I. 1904.*

W. führte unter der Localanästhesie einmal eine Totalexstirpation aus, nach-

dem vorher eine Morphium-Scopolamininjection gemacht worden war. Nach W. verlief die Operation vollständig schmerzlos. Die Trachea wurde während der Operation mit zwei Ligaturen zum Sternum gezogen und hernach in den unteren Wundwinkel eingenäht. W. glaubt, dass durch die Localanästhesie die Gefahr der Pneumonie vermindert werde, eine Ansicht, welche Referent mehrfach vertreten hat. Referent hat wiederholt partielle Resection des Kehlkopfes unter Localanästhesie ausgeführt.

Discussion:

Mink hat 4 Totalexstirpationen ausgeführt. Der erste lebte zwei Jahre, der zweite ein Jahr, der dritte fast ein Jahr und der letzte einige Monate nach der Operation. Tod am Recidiv.

Djakonow wendet allgemein Narkose hauptsächlich deshalb an, weil die reflectorischen Bewegungen ausgeschaltet werden und wegen der psychischen Einwirkung. Die Totalexstirpation ist bei Localisirung des Krebses auf den Kehlkopf allein keine schwierige Operation. Er führte die Operation 11 mal aus, hauptsächlich nach der Czerny'schen Methode. Tracheotomie hält er bei der Totalexstirpation für nicht wünschenswerth. Von seinen Patienten starben 3 bald nach der Operation, über andere hat D. noch nach einem Jahre zufriedenstellede Nachrichten. Er bevorzugt einen künstlichen Wolff'schen Kehlkopf. Einer von seinen Patienten versieht mit Erfolg mit einem künstlichen Kehlkopf das Amt eines Schullehrers.

Wolkowitsch hat in 10—15 Fällen eine Totalexstirpation ausgeführt. Nach ihm kann nur der Hautschnitt unter Localanästhesie ausgeführt werden. Ein künstlicher Kehlkopf hat viele Unbequemlichkeiten. Die Patienten machen sich bei dem in den Pharynx genähten Tracheastumpf genügend verständlich.

Twerdowki: Bei einem Kehlkopfcarcinom entfernte ich unter Localanästhesie den Kehlkopf, die Epiglottis, das Zungenbein, die Wurzel der Zunge, den vorderen Theil des Oesophagus und Drüsen. Patient starb nach 2 Jahren an Recidiv.

Wreden: Drüsen kann man ebensogut unter Localanästhesie beseitigen. Wichtig ist die Vermeidung des Erbrechens.

P. HELLAT.

87) H. H. Germain. **Laryngectomie wegen Carcinom. (Laryngectomy for cancer.)** *The Journal of the American Medical Association. 9. April 1904.*

Verf. ist in seinem Fall folgendermaassen vorgegangen: Tracheotomie; nach einigen Tagen Larynxestirpation in der Trendelenburg-Rose'schen Lage. Verf. cocainisirt den N. laryngeus superior. Die Pharynx-Oesophaguswunde wird primär vernäht, der Trachealstumpf wird nach vorn gezogen und in den unteren Wundwinkel eingenäht.

EMIL MAYER.

88) W. W. Keen. **Fall von totaler Laryngectomie. Herzmassage wegen Chloroformcollaps. (A case of total Laryngectomy. Massage of the heart for Chloroformcollapse.)** *Therapeutic Gazette. 15. April 1904.*

Bei dem Patienten war zunächst die halbseitige Larynxexstirpation gemacht worden; einen Monat später trat Recidiv auf. Bei der Totalexstirpation starb Patient auf dem Operationstisch, nachdem vergebens die Herzmassage angewandt

war. Verf. beobachtete über 25 andere Fälle, in denen sich die Herzmassage bei Chloroformcollaps wirksam erwies.

EMIL MAYER.

89) **Sebileau** (Paris). **Laryngectomie wegen Carcinom. (Laryngectomie pour cancer.)** *Société de Chirurgie. 4. Mai 1904.*

S. stellt einen Kranken vor, bei dem er vor einigen Tagen die Kehlkopfexstirpation wegen Carcinoms gemacht hat. Der Verlauf ist ein ausgezeichneter.

PAUL RAUGÉ.

90) **Wallace J. Jerry. Bösartige Kehlkopferkrankung; totale Larynxexstirpation. (Malignant disease of the Larynx; total Laryngectomy.)** *Annals of Surgery. Juni 1904.*

Bei dem 42jährigen Patienten wurde die Laryngofissur gemacht; als ein Recidiv eintrat, nahm man die Larynxexstirpation vor. Seitdem (nach 9 Monaten) kein Recidiv. Die Laryngofissur macht der Verf. unter Localanästhesie; für die Totalexstirpation hält er die Keen'sche Methode für die beste.

EMIL MAYER.

91) **Sylvan Rosenheim** und **Mactier Warfield. Fall von Fibroadenom der Trachea mit Bemerkungen über Trachealtumoren im Allgemeinen. (A case of fibro-adenome of the trachea, with remarks on tumors of the trachea in general.)** *American Journal of Medical Sciences. Juni 1904.*

Der Fall betrifft eine 23jährige Frau im dritten Monat der Gravidität, die in den letzten 9 Monaten über ein Gefühl von Schwere im Hals und über Beklemmungen während der Nacht klagte. Die Symptome verschlimmerten sich und als Patientin in Behandlung kam, war deutliche Kurzathmigkeit nach körperlichen Anstrengungen und beständiger Luftmangel vorhanden. Es bestand kein Auswurf, jedoch etwas Husten. Dicht unter den Stimmbändern sah man eine fast halbkugelige Tumormasse, von glatter, gerötheter Schleimhaut überzogen. Diese füllte fast das Tracheallumen aus und bewegte sich weder bei der Phonation noch Respiration. Es wurde eine präliminare Tracheotomie gemacht und dann die Trachea oberhalb der Wunde geöffnet. Man sah, dass der Tumor von der hinteren Trachealwand ausging. Er wurde entfernt; die Canüle wurde einige Tage liegen gelassen und dann entfernt. Nach 6 Monaten kein Recidiv. Diagnose: Colloidadenom.

EMIL MAYER.

f. Schilddrüse.

92) **Brooks H. Wells. Acuter Thyreoidismus nach Curettage. (Acute Thyreoidisme following curettage.)** *N. Y. Medical Journal. 2. Juli 1904.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Geschlechtsapparat bei der Frau. Er berichtet folgenden Fall: Eine 53jährige Frau hatte Jahre lang eine Vergrösserung des rechten Schilddrüsenlappens; daneben bestand etwas Pulsbeschleunigung und Tremor. Exophthalmus war nicht vorhanden. Infolge einer Uteruserkrankung wurde das Curettement nöthig und ausgeführt. Sechs Stunden nach der Operation war Patientin sehr aufgeregt; Puls 130, Temp. 38°, nach 24 Stunden Puls 178, Temp. 37,5°. Die Schilddrüse

schwoll erheblich an und es zeigten sich Symptome allgemeiner Septikämie. Am 10. Tage waren die Allgemeinsymptome fast unverändert, Puls 148, Temp. 40°. Vom 24. Tage an fortschreitende Besserung. LEFFERTS.

93) **Charles C. Hall** (Liverpool). **Zwei Fälle von vergrösserter Schilddrüse. (Two cases of enlarged thyroid gland.)** *Liverpool Med. chir. Journal. p. 94. Juni 1904.*

Ausgehend von zwei Fällen von Struma bei jungen Mädchen von 18 resp. 19 Jahren entwickelt Verf. seine Ansicht dahin, dass solche Hypertrophien bei jungen Leuten sich infolge eines physiologischen Anspruchs an gesteigerte Secretion entwickeln. In seinen Fällen trat infolge Darreichung von Thyreoglandin eine erhebliche Besserung ein, die auch anhielt. In dem einem Fall trat freilich nach 8 Monaten ein geringes Recidiv auf, das aber nach 6wöchentlichem Gebrauch des Präparates endgültig verschwand. JAMES DONELAN.

94) **Schmid** (Brackenheim). **Tod eines 2tägigen Kindes an Struma congenita. Intrauterine Therapie der Struma.** *Med. Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereins. 23. 1904.*

Eine selbst an Struma leidende Frau, die in einer typischen Kropfgegend lebte, brachte ein Kind mit dickem Hals zur Welt, das nur $3^1/_2$ Tage lebte, aber nicht ärztlich untersucht wurde. Ein zweites Kind starb unter Stenoseerscheinungen nach $1^1/_2$ Tagen. Die Section ergab Erstickungstod durch Druck einer Struma auf die Luftröhre. Bei einer dritten Schwangerschaft verordnete Schmid vom 5. Monat an Thyreoidintabletten (2mal täglich 1 Stück). Das wohlausgebildete ausgetragene Kind zeigte nicht die mindeste Vergrösserung der Schilddrüse.

SEIFERT.

95) **Benedikt** (München). **Struma sarcomatosa.** *Deutsche Presse. 19. 1904.*

Bei einem 19jährigen Manne nahm die seit 2 Jahren bestehende Struma in kurzer Zeit an Grösse und Umfang zu und rief dadurch Beschwerden sowohl bei der Athmung wie auch beim Schlucken hervor. Von dem schliesslich kindskopfgrossen sarkomatösen Tumor waren Metastasen nach den verschiedensten Organen ausgegangen. SEIFERT.

g. Oesophagus.

96) **H. Trautner** (Dänemark). **Ein Fall von completer Atresia ani et oesophagi. (Et Tilfälde af komplet Atresia ani et oesophagi.)** *Hospitals Tidende. p. 437. 1904.*

Das Kind starb 3 Tage nach der Geburt. Keine Section. Die Sonde konnte nicht den Introitus des Oesophagus passiren. E. SCHMIEGELOW.

97) **Jawin** (Moskau). **Die Lage der Speiseröhre bei verschiedenen Verkrümmungen der Wirbelsäule.** *Arch. f. klin. Chirurgie. 72. Bd. 1904.*

Bei den Leichenuntersuchungen fand Verf., dass die Aorta und andere Gefässe, welche sich mit ihren Zweigen an der Wirbelsäule festhalten, den Krüm-

mungen derselben folgen. In geringerem Grade thut dies auch die Trachea, die Speiseröhre bildet in dem Theile, der hinter Trachea und Aortenbogen liegt, ebenfalls Krümmungen, sowohl in der sagittalen, als auch in der frontalen Ebene. Unter der Bifurcation geht sie von der Wirbelsäule ab und nimmt ihre Richtung als Sehne oder Organ von grösserem Radius über die Wirbelsäulenkrümmung hinweg.

SEIFERT.

98) **James Tyson. Fall von spastischer Strictur der Speiseröhre. (A case of spasmodic stricture of the oesophagus.)** *N. Y. Medical Record. 14. Mai 1904.*

43jähriger Mann, der seit dem 12. Lebensjahre an Dysphagie leidet. Zu dieser Zeit befiel ihn plötzlich beim Essen Dysphagie und er regurgitirte die Speisen. 15 Jahre lang nährte er sich selbst mit grossen Schwierigkeiten, indem er zuerst feste Speise nahm und diese dann mit grossen Mengen Flüssigkeit herunterspülte. 1895 sondirte T. ihn; die Sonde kam an ein Hinderniss und bog sich um. Bei der Ausspülung des Oesophagus kam eine grösse Menge Schleim heraus. Die Function des Magens war gut. 1903 war der Zustand genau derselbe.

LEFFERTS.

99) **C. Compaired** (Madrid). **Oesophagoskopie und Bronchoskopie. Ihr diagnostischer und therapeutischer Werth. (Esofagoscopia y broncoscopia. Su valor diagnostico y terapeutico.)** *El Siglo Médico. April. 1903.*

C. bespricht zunächst die Vortheile der Oesophagoskopie für die Diagnose und Therapie gegenüber der Radioskopie und schildert sodann eingehend die Methode der oberen und unteren Bronchoskopie mittelst der Killian'schen Röhren.

R. BOTEY

100) **J. H. Targett. Fall von absichtlicher Einführung von Fremdkörpern in die Speiseröhre. (Case of a wilful introduction of foreign bodies into the oesophagus.)** *Lancet. 13. Juli 1904.*

Ein 10 Monate altes Kind wurde wegen Athembeschwerden in das Hospital gebracht. Tod in drei Tagen. Bei der Section fand man Bronchopneumonie. Unterhalb des Ringknorpels fand man einen Korken. Der Magen enthielt eine Anzahl kleinerer Korken. Einige Zeit nachher gestand ein Mann, dass er in der Trunkenheit dem Kind Korken in den Mund gestopft habe.

ADOLPH BRONNER.

101) **Rodriguez Vargas** (Valladolid). **Fremdkörper des Oesophagus. (Cuerpos extranos del esófago.)** *Boletin de Laringolog. etc. März-April 1903.*

Erwähnung zweier Fälle von Fremdkörpern im Oesophagus mit vorhergehender Radioskopie. Verf. hält letztere sowie die Oesophagoskopie behufs sicherer Entfernung der Fremdkörper für absolut nothwendig.

R. BOTEY.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **G. Schröder** und **F. Blumenfeld, Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Obere Luftwege** von F. Blumenfeld. Ambros. Barth. Leipzig 1904.

Die zur Besprechung vorliegende, von F. Blumenfeld herrührende Arbeit bildet einen Abschnitt aus einem grösseren Sammelwerk, das sich Handbuch der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht nennt, und beschäftigt sich mit der Phthise der oberen Luftwege. Es soll, wie in der Vorrede gesagt wird, in erster Linie praktischen Zwecken dienen, indem es, dem Bedürfniss des Arztes angepasst, den gegenwärtigen Stand des Wissens und Könnens auf diesem Gebiet zeigt. Dieser Aufgabe ist der Autor in geschickter Weise gerecht geworden: wer seine Abhandlung mit Aufmerksamkeit liest, wird sich gewiss ein Bild von der modernen Therapie der Tuberculose der oberen Luftwege machen können. Natürlich wird dieses Bild genau dem Bilde entsprechen, das Blumenfeld selbst in seinem Kopfe trägt, und ebenso natürlich, dass dieses Bild in anderen Köpfen sich in manchem Punkte anders malt.

Ein kurzer geschichtlicher Ueberblick leitet die Arbeit ein; es folgt die Besprechung der Untersuchung und allgemeinen Semiotik. Hier wird die Kirstein'sche Autoskopie für die Besichtigung der hinteren Larynxwand bei toleranten Patienten empfohlen. Es scheint mir aber fraglich, ob diese, immerhin etwas gewaltsame Methode, die besonders in der Hand eines Nichtspecialisten recht unbequem werden kann, gerade bei der Larynxtuberculose empfehlenswerth ist. Die Frage, ob es eine primäre Larynxtuberculose giebt, ist, wie der Verf. mit Recht bemerkt, für unser klinisches Verhalten ziemlich unwesentlich. Der klinische Verlauf der Larynxtuberculose ist durchaus anschaulich geschildert; nur bei der Eintheilung der tuberculösen Infiltrate ist der Verf. nicht ganz consequent. Er theilt dieselben in eine diffuse und eine vegetirende (dieses Wort scheint mir wenig glücklich gewählt) Form; im nächsten Abschnitt aber schon sagt er, dass die Infiltration, d. h. die diffuse Form, als diffuse oder mehr circumscripte aufauftrete (pag. 522), das zeigt wohl, dass der Verf. die Absicht hatte, die flache Form der Infiltration, die diffus oder circumscript auftreten kann, der Vegetationen treibenden Form gegenüber zu stellen. Weshalb die diffusen Infiltrate der Larynxtuberculose im klinischen Bilde von den Oedemen, die doch ein ganz charakteristisches Aussehen haben, nicht immer leicht zu trennen sein sollen, will Ref. nicht recht einleuchten (pag. 524).

Die gelben kleinen Knötchen und Flecken in der Umgegend von Geschwüren und auf den infiltrirten Theilen des Kehlkopfes, die Verf. als initiale Form der Tuberculose beschreibt, sind durchaus nicht immer Tuberkel.

Die Besprechung der localen Behandlung ist, augenscheinlich auf Grund einer umfangreichen Erfahrung, erschöpfend und übersichtlich dargestellt und, soweit sich des Verf.'s Vorschläge auf die medicamentöse und diätetische Behandlung beziehen, ist gegen dieselben nichts einzuwenden.

Ebenso klar und verständlich ist die Darstellung der chirurgischen Technik und Methodik der Localbehandlung der Larynxtuberculose — protestiren muss

Ref. allerdings dagegen, dass er auch hier wieder als ein „warmer Anhänger“ der Elektrolyse bei Kehlkopftuberculose hingestellt wird; wie schon öfter betont, hält er im Gegentheil diese Methode bei diesen Fällen für durchaus ungeeignet.

Auf die Frage, wann und wo die chirurgische Behandlung des tuberculösen Kehlkopfes angezeigt sei — und diese Frage ist die wichtigste in dem ganzen Capitel und die verschiedenartige Beantwortung, die sie noch heute erfährt, zeigt am besten, mit wieviel Schwierigkeiten ihre Lösung verknüpft ist — antwortet Blumenfeld mit einer Art von principiellem Programm. Er sagt: „Ich bin nicht der Ansicht, dass nur dann eine eingreifende Behandlung des Kehlkopfes angezeigt ist, wenn der Befund der Lunge die Heilung derselben möglich — oder wahrscheinlich macht. Der Grund hierfür liegt kurz zu sagen in dem Satze: „Der Lungenschwindsüchtige stirbt besser als der Larynxphthisiker.“ Thatsächlich wird dem Kranken selbst dann, wenn er an seiner Phthisis pulmonalis unrettbar zu Grunde geht, die Dysphagie, der Larynxhusten, die Gefahr der Erstickung erspart und damit unter Umständen sein Leben verlängert, wenn es gelingt, die tuberculösen Herde im Kehlkopf zu entfernen oder doch ihrem weiteren Fortschreiten Einhalt zu thun, und es kann das geschehen, selbst wenn die Tuberculose anderweitig fortschreitet. Ja, ganz Recht, sehr geehrter Herr College: „Wenn es gelingt“ — dann ist ihre Indicationsstellung sicher gerechtfertigt, und „es kann das geschehen“ — auch daran ist kein Zweifel! Die Frage ist nur, wann gelingt es und wann geschieht es? Dass die umschriebenen tuberculösen Herde im Kehlkopf, wenn die anderen Methoden im Stiche lassen, operativ in Angriff genommen werden dürfen, um die Qualen der Larynxphthise hintenan zu halten, darüber sind wohl eigentlich alle Autoren einig. Zur Discussion steht nur noch die Frage, ob man auch bei ausgedehnter diffuser Erkrankung des Kehlkopfes chirurgisch vorgehen soll, und diese Frage wird heute noch, soviel Ref. sieht, von den meisten Fachgenossen anders beantwortet, als es hier geschieht, weil die Erfahrung dieser Herren eben lehrt, dass man in solchen Fällen die Disphagie, den Larynxhusten und die Erstickungsgefahr durch das Curettement nicht in genügender Weise ausschalten kann. Nach den Beobachtungen der Autoren, die zu anderen Resultaten gekommen sind wie Blumenfeld, pflegen, wenn nicht ganz besonders günstige Ausnahmeverhältnisse vorliegen, bei vorgeschrittener Erkrankung des Kehlkopfs die Nachschübe und Recidive auch bei energischen Eingriffen so schnell zu folgen, dass die vorübergehenden Erfolge noch nicht einmal als ein genügendes Aequivalent für die Mühseligkeiten der Operation angesehen werden können.

Aus den bisherigen Untersuchungen über die Mandeltuberculose „folgert sich,“ nach Blumenfeld's Ansicht, „die Nothwendigkeit, jede vergrösserte Mandel zu entfernen“ (pag. 566) — eine Folgerung, die in diesem Umfange wohl nur von wenigen Autoren anerkannt werden dürfte. Bei der Besprechung der pachydermatischen Veränderungen im tuberculösen Kehlkopf weist Verf. die von Kanthack gebrauchte Bezeichnung „Pachydermia tuberculosa“ zurück, weil „es sich hier um histologisch und ätiologisch ganz verschiedene Dinge handelt, die streng getrennt werden müssen“ (pag. 585). Diese Bemerkung zeigt, dass Blumenfeld die von Kanthack und dem Ref. klargelegten Beziehungen zwischen

Tuberculose und Pachydermie nicht so aufgefasst hat, wie sie nach unserer Meinung aufgefasst werden sollten. Der Name Pachydermie bezeichnet zuvörderst einmal nur bestimmt charakterisirte, pathologisch-anatomische Veränderungen, und da diese Veränderungen ebensowohl durch mechanische wie durch syphilitische oder tuberculöse oder sonst welche chronische Reizzustände hervorgerufen werden können, so ist nicht recht einzusehen, weshalb man nicht von einer Pachydermia tuberculosa ebenso gut soll reden dürfen wie von einer Pachydermia syphilitica oder einer Pachydermia simplex.

Trotz dieser Differenzen zwischen Anschauungen des Verf.'s und seiner eigenen ist Ref. doch gern bereit, anzuerkennen, dass Blumenfeld die Aufgabe, die er sich bei dieser Arbeit gestellt hat, wohl gelöst hat: er giebt dem praktischen Arzt ein anschauliches und übersichliches Bild von seinen Anschauungen über die Therapie der Larynxphthise, und das, was er darüber hinaus an eignen Beobachtungen und Erfahrungen anführt, wird gewiss auch des Interesses jedes Fachcollegen sicher sein.

A. Kuttner.

---

b) Bericht über die 76. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Breslau vom 18. bis 24. September 1904.

(Section für Laryngologie und Rhinologie.)

1. Sitzung: Montag, den 19. September 1904, Nachmittags.

Vorsitzender: Gerber (Königsberg).
Schriftführer: Wertheim (Breslau).

I. Barth (Frankfurt a. O.): Ueber den sogenannten Tonansatz.

Die Lehre vom Tonansatz ist bis jetzt Gegenstand exacter physiologischer Untersuchung nicht gewesen. Der sogenannte Tonansatz steht in Abhängigkeit von den phonetischen Kehlkopfbewegungen. Exacte Untersuchungen mit dem Zwaardemaaker'schen Apparat zeigen, dass bei Sängern mit besonders gut geschulten Stimmen nicht wie bei Sängern mit ungeschulten oder nicht genügend geschulten Stimmen der Kehlkopf mit der Tonhöhe steigt und fällt, sondern sich umgekehrt verhält, mit der Tonhöhe herabfällt und umgekehrt. Dadurch wird das Ansatzrohr vergrössert, ferner werden den Stimmlippen günstigere Schwingungsbedingungen gegeben. Dadurch werden zugleich tonästhetische und stimmhygienische Bedingungen erfüllt.

Der Vortrag erscheint in extenso voraussichtlich im Archiv für Laryngologie (Autoreferat).

Discussion:

Hajek (Wien); Es ist nicht leicht, sich vorzustellen, in welcher Weise die Epiglottis bei der Intonation von hohen Tönen auf Taschenbänder und Stimmbänder drücken soll. Es widerspricht eine derartige Bewegung allen unseren Erfahrungen.

Kayser (Breslau): Eine Annäherung des Kehldeckels an die Stimmbänder kann, da auch Kehldeckel und Zungenbein durch Muskelthätigkeit gehoben werden

können, nicht als blosser mechanischer Effekt der Kehlkopfhebung aufgefasst werden. Wird bei Hebung des Kehlkopfes auch Zungenbein und Kehldeckel gehoben, so bleibt die Entfernung zwischen Kehldeckel und Stimmritze unverändert. oder vielmehr die Entfernung hängt ab von der Hebungsgrösse beider Theile bezw. von ihrer Differenz. Jedenfalls ist aus der blossen Hebung des Kehlkopfes allein ein Druck des Kehldeckels auf die Taschenbänder etc. nicht abzuleiten.

Kuttner (Berlin): K. hält es, die Richtigkeit der Zwaardemaaker'schen Annahme vorausgesetzt, für durchaus unwahrscheinlich, dass der Petiolus der Epiglottis auf die Stelle drücke, an der sich die Sängerknötchen bilden.

Heymann (Berlin): H. macht darauf aufmerksam, dass, wenn die Barth-sche Erklärung des Entstehens der Sängerknötchen richtig wäre, wir bei der Untersuchung — namentlich bei Kindern — die Stimmbandknoten nicht sehen würden. Die Patienten — namentlich die Kinder — produciren bei der Untersuchung hohe Töne, wobei wir gerade ganz besonders gut die Sängerknötchen sehen.

Ephraïm (Breslau): Unter Tonansatz kann man einen wohlcharakterisirten physiologischen Begriff verstehen, nämlich die Entstehung des Tones im Kehlkopf, bedingt durch das dynamische und zeitliche Verhältniss der Stimmbandspannung resp. Adduction zur Exspiration. Das Wesen des Tonansatzes kann nicht in einer bestimmten Stellung resp. Lageveränderung des Kehlkopfes gesucht werden, wie Vortragender annimmt. Sonst könnten nicht so viele Sänger, die sich der vom Vortragenden als fehlerhaft gekennzeichneten Kehlkopfhaltung befleissigen, eine durchaus tadellose Stimmbildung aufweisen.

Pick (Meran): Vortragender bezeichnet die Sängerknötchen als Schwielen, die durch den Druck des Petiolus auf die Stimmbänder während der Bildung hoher Töne entständen. Da die Sängerknötchen ganz umschriebene, kleine Bildungen darstellen, ist nicht einzusehen, wie dieselben durch den Druck des breiten Petiolus entstehen sollen, abgesehen davon, dass durch den Druck noch vor der Ausbildung der Sängerknötchen Doppeltöne auftreten müssten.

Barth (Frankfurt a. O.) (Schlusswort): Die Discussionsredner werden auf den ausführlich erscheinenden Vortrag verwiesen und auf die exacte Nachprüfung der Kehlkopfbewegungen und die Consequenz, die die entstandenen Curven für den Stand des Kehlkopfes und das anatomische Gefüge des Kehlkopfeinganges ergeben. Die Fachgenossen werden ersucht, diesbezügliche Beobachtungen an Sängern zu machen. Der Einwand von Heymann wird als nicht zutreffend deshalb bezeichnet, weil man mit dem Kehlkopfspiegel die Glottis bei der Intonation der höchsten Töne nicht immer vollständig übersieht.

II. Schwartz (Gleiwitz): Serumbehandlung der Kehlkopftuberculose mit Marmorek'schem Antituberkulin.

Vortr. berichtet ausführlich über 2 Fälle von mit Marmorek'schem Antituberkulinserum behandelten Larynxphthisis, bei denen er ein Zurückgehen der tuberculösen Veränderungen im Larynx in Folge der Serumbehandlung beobachtet haben will.

Discussion:

Hajek (Wien): Die Darstellungen des Vortragenden erscheinen H. nicht geeignet, den Einfluss des Serums auf den Verlauf der Tuberculose zu zeigen. Bei chronischer Tuberculose ist der Verlauf ein stets wechselnder: Schwellungen entstehen und verschwinden, um an anderen Stellen wieder aufzutreten. Gegen die Deutung des laryngoskopischen Befundes ist stellenweise Einspruch zu erheben: So ist es nicht angängig, die nach Seruminjection auftretenden gelblichen Pünktchen ohne weiteres als Miliartuberkel zu deuten. Derartige gelbe Pünktchen treten häufig bei allerlei Arten acuter und chronischer Entzündung auf. Sie sind theils als Schwellung der Follikel, theils als Retentionscysten der Schleimdrüsen oder gar als circumscripte Epithelnekrosen zu deuten. Miliartuberkel in der Kehlkopfschleimhaut sind ein ausserordentlich seltenes Vorkommniss. Erwiesen als solche sind sie nur dann, wenn sie zerfallen sind oder der Befund von Tuberkelbacillen in den Knötchen selbst nachgewiesen wurde. Ferner ist die Deutung der Abschwellung eines Aryknorpels, weil angeblich mehrere perichondritische Herde abgestossen wurden, nicht ohne weiteres zu acceptiren; denn man sah keine nekrotischen Knorpel sich abstossen. Ebenso ist die Deutung der Anschwellung der Epiglottis als durch mehrere perichondritische Herde bedingt eine sehr problematische. Die Epiglottis ist ein Faserknorpel, und eine eigentliche Perichondritis wie an den anderen Knorpeln des Larynx kommt an ihr nicht vor.

Wertheim (Breslau): Herrn Hajek muss ich zugeben, dass die Beobachtung von miliaren Tuberkelknötchen im Larynx zu den grossen Seltenheiten gehört, möchte aber erwähnen, dass ich selbst auf der B. Fränkel'schen Abtheilung bei einem Fall von Larynxtuberculose miliare Tuberkel, die von Fränkel sicher als solche angesprochen wurden, auf der laryngealen Fläche der Epiglottis — mittels der Hirschberg'schen Larynxlupe vergrössert — gesehen habe.

Barth (Frankfurt a. O.): B. Fränkel war der erste, der auf die gelben, durchscheinenden Knötchen im Kehlkopf als Miliartuberkel aufmerksam machte. Ihre tuberculöse Natur ist bezweifelt, aber soviel ich weiss durch Tuberkulinreaction bestätigt worden.

Schwartz (Schlusswort): Sch. betont, dass der erste Fall offenbar eine ganz frische miliare Tuberculose darstellte, während die anderen entsprechend ältere Fälle wären. Der Ausdruck „miliare Herde“ soll nur Anspruch haben auf eine entsprechende Bezeichnung im Gegensatz zu den anderen geschwürigen Herden. Im ersten Falle sassen offenbar die kranken Herde im Larynx sehr oberflächlich, sonst hätten sie nicht in der kurzen Zeit von 8 Tagen abheilen können. Erklärungen für die durch die Serumwirkung veranlassten Vorgänge wolle er nicht versuchen, dazu müsse ein grösseres Material abgewartet werden.

III. Barth (Frankfurt a. O.): Zur Pathologie und Therapie der Aphonia spastica. (Ist bereits in der Deutschen medic. Wochenschr. 1904 No. 32 veröffentlicht.)

Discussion:

Wertheim (Breslau): Ich glaube, dass das psychische Moment bei der

Wirkung der von Barth angewendeten Larynxsonde in den Fällen von Aphonia spastica wohl die Hauptrolle spielt. Handelt es sich ja doch bei der in Rede stehenden Affection meistens um eine rein functionelle Erkrankung. Analog der bei der functionellen Stimmlippenlähmung beobachteten Wirksamkeit der Sondenbehandlung ist wohl auch deren therapeutischer Effect bei der spastischen Aphonie ein im wesentlichen suggestiver.

IV. R. Kayser (Breslau) demonstrirt einen Fall eines grossen typischen Nasenrachenfibroïds.

2. Sitzung; Dienstag, den 20. September Vormittags.

Vorsitzender: Hajek (Wien).
Schriftführer: Walliczek (Breslau).

I. B. Fränkel (Berlin): Die Gründung der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft:

Die Klage, dass die Laryngologie die Stellung nicht habe, die ihr nach ihren wissenschaftlichen Leistungen und practischen Erfolgen zukomme, sei verbreitet und berechtigt. Zum Theil beruhe sie auf dem Umstande, dass die Laryngologen keine Vereinigung gebildet hätten, um die Interessen ihrer Disciplin zu wahren und zu fördern. Nun habe nach einigen Vorverhandlungen Excellenz Schmidt am 7. August eine Versammlung von Vertretern der süddeutschen laryngologischen Gesellschaft, der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, der otolaryngologischen Vereinigung von Westdeutschland und München berufen, und diese Versammlung habe die Gründung der Deutschen Laryngologischen Gesellschaft beschlossen. Vortragender macht Mittheilungen der provisorischen Satzungen und fordert zum Besuch der konstituirenden Sitzung am 3. Pfingsttage in Heidelberg auf.

P. Heymann (Berlin) fügt hinzu, dass nach den Beschlüssen des vorbereitenden Comités gewünscht wird, dass auch die Kollegen aus Oesterreich und der Schweiz sich der Gesellschaft anschliessen.

II. Hajek (Wien): Beitrag zur Anatomie der Drüsen der Nasenschleimhaut. Hajek hat durch genaues histologisches Studium von operativ gewonnener Nasenschleimhaut — es gelangte excidirte Schleimhaut von unteren Muscheln, Schleimhaut von operierten Spinen und resecirten mittleren Muscheln zur Untersuchung — untrüglich nachgewiesen, dass die Drüsen der Nasenschleimhaut nicht, wie Paulsen und Stöhr gemeint hatten, gemischte Drüsen sind, sondern durchweg reine Schleimdrüsen darstellen. Bei Untersuchung mit Immersion finden sich nämlich alle möglichen Uebergangsbilder in den Zellen der Tubuli von „serös" aussehenden bis zu den typischen muciparen Zellen. Die Zellen haben offenbar im Ruhezustand protoplasmatisches Aussehen und je nach dem Grade der Funktion, in dem sie sich befinden, zeigt nur die Randzone oder eine Hälfte oder der grösste Theil des Zellleibes oder schliesslich die ganze Zelle die schleimige Umwandlung mit der charakteristischen Blähung, dem wandständigen Kern und der bekannten Farbreaction bei Anwendung von Mucicarmin

und Muchaematin. Mit dieser Färbung findet man auch bei den Drüsengruppen, die durchweg ein protoplasmatisches Aussehen zeigen, bei genauer mikroskopischer Untersuchung in einzelnen Belagzellen Andeutungen oder geringe Grade einer schleimigen Umwandlung. Es sind also alle Drüsen der Nasenschleimhaut Schleimdrüsen, deren Belagzellen nur nach dem jeweiligen Sekretionsstadium ein verschiedenes Aussehen bieten. Jede Zelle der Drüsen ist hierbei als ein von den benachbarten Zellen unabhängiger, selbstständiger Organismus zu betrachten. Schliesslich erhärtet H. seine Ausführungen durch Demonstration entsprechender mikroskopischer Präparate.

Discussion:

Bönninghaus (Breslau): Die Verwandtschaft zwischen serösem Epithel und schleimig-metamorphosirtem Epithel in der Nase zeigt sich auch darin, dass in pathologischen Fällen Schleimzellenverbände in dem Nasenepithel sich bilden, die alle anatomischen Charaktere einer Drüse haben. Ich beschrieb sie vor einigen Jahren genau (Arch. f. Lar.). Ich nannte sie Schleimdrüsen. Die Wahl dieser Bezeichnung hat zu Missverständnissen geführt. Natürlich sollte damit nur gesagt sein, dass es sich um eine schleimige Umwandlung des normalen Epithels in Faltungen desselben handelt.

Görke (Breslau): Dass in der Schleimhaut der menschlichen Nase fast ausschliesslich Schleimdrüsen vorhanden sind, ist zweifellos. Hinsichtlich der Kritik des Vortragenden an den Heidenhain'schen Untersuchungen bemerkt G. Folgendes: Es genügt nicht zur Feststellung, ob es sich um seröse oder um Schleimdrüsen handelt, einfache Färbungen (Hämatoxylin etc.) oder für Schleim specifische Färbungen anzuwenden, um dann aus dem Mangel einer Schleimsecretion auf das Fehlen von Schleimdrüsen zu schliessen, sondern man muss hier die für seröse Drüsen so gut wie specifisch geltende Heidenhain-Biondi'sche Färbemethode anwenden. G. hat die Heidenhain'schen Untersuchungen bei verschiedenen Thierklassen fortgesetzt und hierbei die Angaben Heidenhain's vollauf bestätigen können: es fanden sich — speciell beim Hund — nur reine seröse Drüsen (fein gekörntes Protoplasma, Stäbchenepithel der Ausführungsgänge). Auf die Bönninghaus'schen Ausführungen erwidert G., dass es sich bei den angegebenen Befunden um einfache Einsenkungen des Oberflächenepithels mit Verschleimung einzelner Drüsen handelt, dass die Bezeichnung „intraepitheliale Drüsen" unzweckmässig, die Bezeichnung „Krypten" die praktischere ist.

Hajek (Wien) (Schlusswort): Die Existenz der serösen Drüsen habe er nicht bezweifelt. Die Nasenschleimhautdrüsen seien schleim-secernirende Drüsen, die man von den protoplasmatisch aussehenden bis zu den schleimführenden in allen möglichen Uebergängen findet, woraus die Einheitlichkeit aller dieser Elemente resultire. Bezüglich der knospenförmigen Bildungen im hyperplastischen Epithel, die man nicht als Drüsen, sondern als Krypten bezeichnen sollte, ist H. mit Bönninghaus einverstanden. Sie entstehen dadurch, dass der Ersatz der Becherzellen durch die Ersatzzellen nicht in dem Maasse vor sich geht, wie die Verschleimung fortschreitet. Ueberdies finde man neben den knospenförmigen Gebilden verschleimte Herde von verschiedener anderer Form, die mit Drüsen nicht einmal morphologisch Aehnlichkeit haben.

III. Kayser (Breslau): Ueber Sensibilität der Nasenschleimhaut.

K. hat bei Prüfung der verschiedenen Empfindungsqualitäten der Nasenschleimhaut — Druck-, Temperatur-, Schmerzempfindung etc. — Folgendes gefunden: Die Tastempfindung im vorderen Theil der unteren und mittleren Muschel sowie am Septum ist sehr fein, nur wenig gröber, als an der Zungenspitze und Stirn. Es werden Druckreize von 0,005—0,01 g wahrgenommen. Gegen Wärme- und Kältereize ist die Nasenschleimhaut fast ganz unempfindlich, während Nasenrachen und Rachen besonders Kälte gut fühlt. Temperaturreize erzeugen nur Kitzel und Schmerz, wie dies auch tactile, elektrische und chemische Reize thun. Die Nase besitzt nur Empfindung für Kitzel und Schmerz. Schon geringe Reizsteigerung führt von Kitzel zu Schmerz. Individuelle Schwankungen kommen vor und sind durch Uebung und Gewohnheit bedingt. Da Kitzel und Schmerz leicht Reflexe auslösen, kann man die Sensibilität der Nasenschleimhaut als reflexotrope bezeichnen, im Gegensatz zu der nootropen der Haut, bei der es auf Erkennung der Aussendinge ankommt. Die Zweckmässigkeit dieses auch an anderen Schleimhäuten constatirten Verhaltens ist einleuchtend. Die normalen Nasenreflexe, wie Niesen, Thränen, treten, wie alle Reflexe, nur durch Summation der Reize auf. Bei kleinem Flächenreiz bedarf es ziemlich starker Concentration der zur Prüfung verwendeten, chemisch differenten Flüssigkeit, um Niesreflex zu erzeugen. So ruft alkoholische Veratrinlösung bei den meisten Menschen in 5 Secunden bis einigen Minuten Niesen hervor, während Thränen und Nasensecretion meist früher eintreten, was auch als zweckmässig anzusehen ist. Hustenreiz von der Nasenschleimhaut ist normaler Weise nur bei 1 pCt. der Menschen hervorzurufen. Hierbei tritt der Hustenreiz sofort ein, während der Niesreflex erst einige Zeit später erscheint, wie an einer Person demonstrirt wird. Es handelt sich wohl um eine anatomische Varietät der Nervenbahnen.

Discussion:

Blau (Görlitz): B. hat bei seinen den Kayser'schen ähnlichen Untersuchungen den Hustenreiz in einem weit grösseren Procentsatz der Fälle auslösen können. Nach vorheriger Cocaïnisirung des Larynx blieb bei diesen Individuen der Hustenreiz ebenso wie der vom äusseren Gehörgang aus hervorgerufene weg.

IV. P. Heymann (Berlin): Nasenleiden und Phthisis.

H. berichtet über 6 Fälle, in denen länger bestehende Eiterungen in der Umgebung der Nase (5) und einmal 1 Eiterherd in der Mandel Erscheinungen hervorgerufen hatten, die auch von berufensten Beobachtern für Phthise gehalten wurden. Es fehlte nicht das hectische Fieber; nicht die erhebliche Abmagerung, nicht — allerdings unbestimmte — Dämpfung an den Lungenspitzen, nicht Rasseln, besonders an den oberen Partien der Lunge, nicht Husten, Auswurf etc. Tuberkelbacillen freilich sind in keinem Falle aufgefunden worden. Mit der Entleerung und Ausheilung der Eiterherde schwanden sämmtliche Erscheinungen und die Pat. gesundeten dauernd. Es handelte sich in allen 6 Fällen um junge weibliche Pat., die in 1 Fall (Mandeleiterung) 14—15 Jahre, in den übrigen Fällen 22—23 Jahre alt waren. Ob dem eine Bedeutung zuzuerkennen ist oder ob es ein Zufall gewesen, lässt H. unentschieden. (Autoreferat.)

Discussion:

Joël (Görbersdorf): Die geschilderten Fälle zeigen, wie wichtig es ist, bei allen Erkrankungen der Lunge die oberen Luftwege genau zu untersuchen. Möglicher Weise handelt es sich bei diesen Kranken um eine Combination der Nasenerkrankung mit einer geschlossenen Tuberculose (Tuberculose fermée) der Lunge derart, dass die starke, bacillenfreie Secretion aus der Nase stammte. Zweckmässig dürfte es sein, in solchen Fällen die probatorische Tuberculinreaction zu machen.

Wassermann (Meran): W. meint, dass die Erscheinungen bei jenen Pat. auf Abwesenheit von Tuberculose oder auf latente Tuberculose, für welch' letztere ihm die Lungenspitzendämpfung zu sprechen scheine, hinweisen. Nach vollendeter Instandsetzung der oberen Luftwege sei dann eine diagnostische Tuberculininjection und event. nachfolgende prophylaktische Cur angezeigt.

P. Heymann (Berlin) (Schlusswort): H. betont, dass die Annahme einer Tuberculose fermée die Jahre lang andauernde völlige Heilung nicht erklären könne und die Dämpfung der oberen Lungenpartien allein kein absolut sicheres diagnostisches Zeichen der Lungenphthise sei.

V. P. Heymann (Berlin): Demonstration zweier Präparate von Zweitheilung der Stirnhöhle.

Im ersten Falle handelt es sich um zwei nebeneinander liegende Höhlen, die durch eine feste Scheidewand getrennt sind. Das Septum trennt auch die im Infundibulum neben einander liegenden Ausführungsgänge. Die mediale Höhle reicht weiter nach oben, die laterale bildet eine oberhalb der Orbita sich nach hinten erstreckende Bucht. Im zweiten, dem ersten klinisch gleichwerthigen Falle findet sich neben einer kleinen typischen eine zweite grosse Höhle, die in die Schuppe und über die Orbita weit hinaufreicht. Die Ausführungsgänge liegen neben einander am oberen Ende des Infundibulum.

Discussion:

Hajek (Wien): Die von Heymann demonstrirten Fälle zeigen zweifellos zwei grosse, völlig getrennte Höhlen im Stirnbein, genetisch ist jedoch eine dieser Höhlen als eine Siebbeinzelle zu betrachten, die identisch ist mit der gegen die Stirnhöhle vorgeschobenen Siebbeinzellen.

VI. Deutschländer (Breslau): Demonstration dreier Fälle von Rhinosklerom.

Nachdem D. durch längere Ausführungen ein übersichtliches Bild über die Entwicklung der Lehre vom Rhinosklerom entworfen hat, demonstrirt er drei typische Fälle von Rhinosklerom bezw. Larynxsklerom.

Discussion:

Streit (Königsberg): Nach S. darf nur das pathologisch-anatomische Substrat die Grundlage der Skleromdiagnose bilden; denn wenn es auch nicht immer leicht sei, Mikulicz'sche Zellen zu finden, müsse man, um Irrthümer zu vermeiden und für den weiteren Ausbau der Skleromlehre eine gründliche Basis zu schaffen, doch principiell an jenem Postulat festhalten.

Gerber (Königsberg): Herrn Streit gegenüber betont S., dass der an sich sehr wünschenswerthe histologische Nachweis des Skleroms oft absolut nicht zu erbringen sei. Handle es sich doch um eine äusserst chronisch verlaufende Krankheit mit oft grossen Ruhepausen, in denen sich nur Narbengewebe finde, oft nur ein Narbenstrang wie eine Coulisse, in der man histologisch skleromatöse Elemente zu finden nicht erwarten könne. Es habe stets sichere, auch von den besten Skleromkennern als solche angesprochene Skleromfälle gegeben, bei denen der histologische Nachweis versagte. Ueber die Verbreitung des Skleroms führt G. aus, dass dasselbe früher als eine Krankheit „weit unten dort in der Türkei“ oder vielmehr in Galizien und Polen galt, die auf jene Gegenden beschränkt war. Jetzt liegt ihr Ausbreitungsgebiet auch in Deutschland, und zwar seien die Provinzen Schlesien und Preussen von den Grenzländern aus inficirt worden. In beiden Provinzen beständen gleichartig zur Grenze liegende Herde; doch müsse auch den ausserhalb der bezeichneten beiden Herde vorkommenden sporadischen Fällen volle Aufmerksamkeit geschenkt werden. So glaube G. ohne Indiscretion schon hier mittheilen zu können, dass demnächst wieder ein sicherer Fall aus einer Gegend veröffentlicht werden würde, die noch heute allgemein als skleromfrei gelte.

VII. Streit (Königsberg): Histologisch-klinische Beiträge zur Skleromfrage.

S. schildert zunächst ein von ihm beobachtetes und Rhinitis skleromatosa bezeichnetes Krankheitsbild, das ein aus dem ostpreussischen Skleromherd stammender Patient darbot. Nasopharynx und Larynx waren normal. Rhinitis atrophica. Vom Septum exstirpirtes Schleimhautstück zeigte histologisch die Zeichen des Skleroms. Nach S. ist diese Affection nicht nur als prädisponirendes Moment für Skleromінfection, sondern schon als Ausdruck derselben zu betrachten. Ob diese nasale Erkrankung nur als Uebergangsstadium zum eigentlichen Sklerom oder als eine refractäre Form desselben aufzufassen sei, könne man nicht entscheiden. Ferner demonstrirt S. makroskopische und mikroskopische Präparate einer durch den Sklerombacillus bei der Katze erzeugten Pneumonie, die der Friedländer'schen Pneumonie beim Menschen zwar sehr nahestehe, aber den Unterschied biete, dass die bei der letzteren vorkommenden Zelldegenerationserscheinungen, die den skleromatösen Zellveränderungen ähneln, bei der Skleropneumonie der Katze fehlen. Ferner schildert S. die von ihm am Epithel beim Sklerom beobachteten Degenerationserscheinungen und kommt zu dem Resultat, dass die Mutterzelle der Mikulicz'schen Zelle keine Zelleinheit sei, sondern dass morphologisch und genetisch völlig verschiedene Zellgattungen in Betracht kommen. Für die Epithelzelle beweist er seine Behauptung an Präparaten. Er demonstrirt histologische Bilder, an denen man erkennen kann, dass die Sklerombacillen vom Zellleib bis in den aufgequollenen Epithelkern einzudringen vermögen.

Schliesslich kommt S. auf die Reise zu sprechen, die er mit Unterstützung der Regierung durch den ostpreussischen Skleromherd im Juli vergangenen Jahres unternommen hat. Was die Vertheilung des Skleroms über Ostpreussen

betrifft, so seien bisher 13 Fälle bekannt, von denen 11 Masuren zur Heimat haben, 10 stammen aus Nachbardörfern, die in einem Flächenraum von ca. drei Quadratmeilen zusammenliegen, 3 gehören einer, 2 einer anderen Familie an, zwei Patienten haben dasselbe Dorf zur Heimat. Da das Sklerom als contagiös aufzufassen ist, macht S. zur Verhütung der Weiterverbreitung die nachstehenden Vorschläge: 1. Das Sklerom ist unter die Krankheiten aufzunehmen, für die in Deutschland allgemeine ärztliche Anzeigepflicht besteht. 2. Die beiden deutschen Infectionsherde in Oberschlesien und Masuren müssen unter die besondere Controlle der dortigen Amtsärzte gestellt werden, nachdem die letzteren, sowie die in den Kreisen Lyck, Oletzko, Johannisburg, Neisse, Leobschütz, Ratibor, Kosel, Oppeln, Falkenberg prakticirenden Aerzte in kurzgefassten Broschüren über das Wesen und die Hauptsymptome des Skleroms aufgeklärt sind. 3. Die bekannten Skleromkranken müssen alle Jahr mindestens einmal von ihren Kreisärzten controllirt werden, wobei die betr. Kreisärzte dieselben über die zwecks Verhütung der Weiterverbreitung der Krankheit nothwendigen hygienischen Maassregeln zu belehren haben. 4. Alle 2—3 Jahre müssen die Skleromherde von ärztlichen Commissionen, denen mindestens ein mit der Diagnose völlig vertrauter Specialarzt beitritt, bereist werden, nachdem vorher an die Einwohner der betreffenden Districte per Kreisblatt die Aufforderung ergangen ist, dass alle die Personen, die an Heiserkeit, Athemnoth, Borkenbildung in Nase und Hals leiden, sich den Commissionen zur Untersuchung vorstellen. Die Familienangehörigen bekannter Skleromkranker sind principiell zu untersuchen. 5. Sämmtliche Kranke, die ärztlicher Behandlung bedürfen, müssen auf staatliche Kosten einem vorher ausgewählten Krankenhaus in Königsberg oder Breslau überwiesen werden. An diesen Krankenhäusern sind ständige Skleromstationen einzurichten.

Privatanstalten sind hierfür ungeeignet, weil in ihnen die hygienischen Absperrungsmaassregeln nicht in der nöthigen Weise durchgeführt werden können.

VIII. Schilling (Breslau): S. berichtet über einen Fall von Rhinosklerom bei einem 29jährigen Manne, der mit dem Befund von Diphtheriebacillen combinirt war. Letztere erwiesen sich als avirulent. Das Blut des Pat. hatte hoch immunisirende Eigenschaften, der klinische und histologische Befund war aber ganz der des Rhinoskleroms (Ozaena, Wulst am weichen Gaumen, subchordale Wülste, in denen sich Mikulicz'sche Zellen fanden).

IX. Löwe (Berlin): Zur Chirurgie der Nase.

L. schildert ausführlich das von ihm angegebene Verfahren zur gleichzeitigen Eröffnung sämmtlicher Nebenhöhlen der Nase, das auch den Vortheil biete, die Basis cranii über dem Riechorgane freizulegen. Er eröffnet die Kieferhöhle durch Entfernung der ganzen facialen Wand — auch des Knochens am Recessus infraorbitalis und der Jochbeinbucht —, legt eine Oeffnung in der Nase nach Luc-Caldwell an, führt dann einen Schnitt von der Mitte der Stirn, den Nasenflügel umkreisend, bis zum Nasenwinkel und von diesem aus einen 2—3 cm langen, nach aussen gehenden Querschnitt, sowie einen dritten von der Nasenwurzel bis zum Foramen supraorbitale laufenden Schnitt. Es folgt Entfernung der vorderen Stirnhöhlenwand und Annähung der abgelösten, nach oben geklappten Stirn-

höhlenschleimhaut an den Stirnhautperiostlappen. Dann folgt mittels dreier Knochenschnitte die temporäre Resection der Nase. Wird nun der das Os nasale, den Oberkieferfortsatz und die knöcherne Seitenleiste der Apertur enthaltende Hautknochenschleimhautlappen nach Aussen gedrängt, so sind sämmtliche Nebenhöhlen der Nase zugänglich gemacht. Will man nun die Hirnbasis über der Nase freilegen, so schneidet man das Septum nasale an seiner oberen und hinteren Kante ab, biegt es zur Seite und entfernt das Septum zwischen den beiden Keilbeinhöhlen. Man hat dann die Basis cranii vom obersten Pol der Stirnhöhle bis zur Sattellehne, soweit es der Raum zwischen den inneren Orbitalwänden gestattet, freiliegen. L. hat dieses letztere Verfahren in vivo noch nicht erproben können.

Discussion:

Hajek (Wien): Das Verfahren zur Freilegung der Schädelbasis mag für verzweifelte Fälle von Neoplasmen, cariösen Processen etc. discutabel sein, gegen seine Anwendung bei Polyposis mit multiplen Empyemen und Septumdeviationen ist aber energisch zu protestiren. Es erscheine ihm verwerflich bei Polyposis, weil, was doch äusserst selten vorkomme, ein Neoplasma dahinter stecken könne, gleich radical vorzugehen, zumal wir doch nach Entfernung der Polypen die Diagnose einer malignen Neubildung begründen und danach unser Vorgehen einrichten können. Bei den Septumdeviationen, deren höchste Grade wir heute durch submucöse Resection in idealer Weise fast ohne Berufsstörung des Patienten beheben können, ist die Anwendung des Löwe'schen Verfahrens in keiner Weise zu rechtfertigen.

Hinsberg (Breslau): H. bittet Herrn L., die Indicationen für seine Operation, die er doch nicht für so harmlos hält wie L., genau zu präcisiren. Nach H.'s Ansicht kommen nur maligne Geschwülste und event. Meningitiden für diese Operation in Frage.

Bönninghaus (Breslau): Die vorgeschlagene Operation ist nur für maligne Tumoren geeignet, denn sie ist ein blutreicher Eingriff. Sie ist der Abklappung des harten Gaumens vorzuziehen, weil bei ihr die Blutung geringer ist und die Orientirung von vorne leichter ist als von unten.

Heymann (Berlin): H. hält den durch die Operation gesetzten Eingriff für so schwer, dass sie nur bei dringendsten und in anderer Weise nicht zu genügender Indication gerechtfertigt sei.

Mittwoch, den 21. September, Vormittags 9 Uhr.

Gemeinsame Sitzung mit der otologischen und chirurgischen Section.

(Nachfolgend sind nur die rhinolaryngologischen Vorträge wiedergegeben.)

Vorsitzender: B. Fränkel (Berlin).
Schriftführer: Wertheim (Breslau).

I. Dreesmann (Köln): Die Radicaloperation des Empyems der Highmorshöhle.

Um eine Verödung der Kieferhöhle zu erzielen, empfiehlt D. die Entfernung der äusseren und hinteren Wand derselben nach vorheriger totaler Entfernung ihrer

Schleimhaut. D. operirt zunächst wie bei dem Küster'schen Verfahren, entfernt erst die ganze Schleimhaut und dann die mit scharfem Meissel umgrenzte, meist einen dünnwandigen Knochen darstellende Tuberositas maxillaris, eine Knochenplatte, die nach oben bis zur Orbitalplatte, nach unten bis in den Boden der Kieferhöhle, nach hinten bis kurz vor dem Ansatz der flügelförmigen Fortsätze an dem Oberkiefer, nach vorn bis kurz hinter den Ursprung des Processus zygomaticus reicht. Nach Entfernung dieser Knochenplatte dringt das Fettgewebe der Flügelgaumengrube in das Antrum maxillae, dasselbe mehr weniger ganz ausfüllend. Schliesslich wird eine 1 qcm grosse Oeffnung vom Antrum aus nach dem unteren Nasengang angelegt. Dadurch, dass zwischen entfernter facialer und äusserer Wand ein ca. 1 cm breiter Knochenstreifen stehen bleibt, wird ein Einsinken oder Einziehung im Gesicht vermieden.

Discussion:

Hajek (Wien): Die vorhandenen Operationsmethoden genügen für alle Fälle von Kieferhöhlenempyem; nur muss man sie individualisirend anwenden. Für schwere Fälle genügt die Luc-Caldwell'sche Methode. Nach derselben treten zwar bisweilen wie Recidive erscheinende Katarrhe auf, die aber rasch spontan heilen. Für Empyeme, die keine schweren Erscheinungen darbieten, genügen immer schonendere Verfahren. Am zweckmässigsten ist dann eine modificirte Mikulicz'sche Methode, bestehend in Eröffnung des Antrums vom unteren Nasengang, partieller Resection der unteren Muschel und Anlegung einer Daueröffnung im unteren Nasengang. Dieses Verfahren bietet noch den Vortheil, dass es, falls doch noch die Radicaloperation erforderlich wird, schon einen Act der Luc-Caldwell'schen Operation darstellt. Die Cooper'sche Methode ist nach H. nur bei Empyemen dentalen Ursprungs indicirt.

Kümmel (Heidelberg): Da der von Hajek als der tiefste Punkt der Höhle bezeichnete untere Nasengang thatsächlich nur bei aufrechter Kopfhaltung die tiefste Stelle ist, bei Rückenlage und starker Vorwärtsneigung des Kopfes aber der mittlere Nasengang tiefer gelegen ist, muss die Anlegung der Oeffnung des Antrums im mittleren Nasengang in geeigneten Fällen auch zweckmässig erscheinen.

Hajek (Wien) hält Kümmel gegenüber daran fest, dass die Oeffnung im unteren Nasengang die zweckentsprechendste sei, da man ja den grössten Theil des Tages in aufrechter Stellung sich befinde.

Bönninghaus (Breslau): Die Bönninghaus'sche Radicaloperationsmethode leistet alles Verlangbare. B. hat sein Verfahren bisher in 10 hartnäckigen, anderen Methoden trotzenden Empyemfällen angewendet, die alle schnell und ohne Nachbehandlung heilten. Das Bedenken, dass bei seiner Methode die Nasenhöhle zu weit würde und Borkenbildung danach auftrete, ist ein rein theoretisches. Die bei seinem Verfahren im Anschluss an die Resection der facialen und nasalen Antrumwand vorgenommene Implantation von Nasenschleimhaut stelle im Princip ein Analogon zu der bei der Totalaufmeisslung ausgeführten Uebertragung von membranöser Gehörgangswand in die Mastoidhöhle dar.

Gerber (Königsberg): G. bevorzugt gleich Kümmel die von ihm längst

schon empfohlene Anlegung einer breiten Oeffnung im mittleren Nasengang — mit oder ohne Eröffnung von der Fossa canina aus. Man kann bei diesem Verfahren unter Schonung der unteren Muschel leichter und weit grösser die Oeffnung anlegen, als im unteren Nasengang. Die Oeffnung bleibe auch, was für die oft für lange Zeit nothwendigen Spülungen wichtig ist, viel länger offen. Nach G. soll man die Bezeichnung Radicaloperation, da wir ein radicales Verfahren noch nicht haben, fallen lassen.

Dreesmann (Köln) (Schlusswort): D. betont, dass er seine Methode nur für die Fälle, wo die gesammte Schleimhaut entfernt werden müsse, empfohlen habe. Dort würden durch die Entfernung der hinteren und lateralen Knochenwand die Schwierigkeiten, die nach Elimination der Schleimhaut die Bedeckung der grossen Knochenfläche biete, am besten beseitigt.

II. Partsch (Breslau): Die Cysten des Gesichtsskelets.

P. unterscheidet die seltenen, in der Zahnentwicklungszeit vorkommenden folliculären Cysten und die bis ins hohe Alter hinauf, besonders häufig aber zwischen dem 20. und 40. Jahre auftretenden Zahnwurzelcysten. Letztere gehen von Granulationswucherungen aus, die an cariösen Zähnen sich entwickeln und durch fortschreitendes, immer selbstständigeres Wachsthum den Knochen verdrängen und auftreiben. Der Cysteninhalt ist bei geschlossener Cyste serös dünnflüssig, bei der spontan oder künstlich geöffneten kann er dagegen blutig, schleimig eitrig sein. Offene Cysten werden deshalb öfters mit Kieferhöhlenempyemen verwechselt. Die epitheliale Cystenauskleidung stammt nach P. von den im periodontalen Gewebe befindlichen Malassez'schen Epithelresten. Dass nach der Cystenëröffnung rasch eine Schrumpfung der Höhlenwand eintritt, wie sie bei jedem Granulationsgewebe üblich ist, beweist die entzündliche Genese der Cysten, auf die sich auch die Therapie stützt. Nach P. führt die Excision der vorderen Cystenwand auch bei den folliculären Cysten zur Heilung. P. demonstrirt schliesslich eine Reihe von Präparaten, Photogrammen und geheilten Pat.

Discussion:

Gerber (Königsberg): G. hebt erstens hervor, dass man nach seinen klinischen Erfahrungen alle von den Schneidezähnen ausgehenden Kiefercysten rhinoskopisch diagnosticiren könne, da sie, falls sie etwa Kirschgrösse erreichen, als Hebung des Nasenbodens unter dem Ansatz der unteren Muschel in die Erscheinung treten. Grössere Cysten markiren sich an der genannten Stelle der Nasenhöhle als Tumoren, die bei Sondenberührung eindrückbar sind, event. fluctuiren und eine charakteristische Blaufärbung aufweisen. Wenn man auf diese rhinoskopischen Zeichen achte, werde man nach G. Kiefercysten häufig als Nebenbefund entdecken. Für die Partsch'sche Operationsmethode — Excision der vorderen Cystenwand und Einklappen eines oberen Schleimhautlappens — empfiehlt G. den Lappen von unten zu nehmen, was 2 Vortheile biete. Während nämlich der obere Lappen, der mit seiner Basis am Uebergang der Wangenschleimhaut auf dem Alveolarfortsatz sitzt, den Operirten behufs Ruhigstellung des Lappens für einige Zeit zur Mundruhe und zu flüssiger Ernährung per Glasröhre verdammt, fällt bei Bildung eines unteren Lappens dieser Nachtheil fort. Der

zweite Vortheil ist der, dass man viel mehr Schleimhaut, die man bis zum Lippenroth abschälen kann, gewinnt, was sehr wichtig ist, da der Lappen so wie so sehr schrumpft.

III. Sondermann (Dieringhausen): Saugtherapie bei Höhlenerkrankungen und Lupus.

S. demonstrirt einen von ihm construirten Saugapparnt, durch dessen methodische Anwendung er ausser bei gewissen Gelenkerkrankungen, bei Lupus etc., unter anderem auch bei Nebenhöhleneiterungen günstige Erfolge erzielt hat.

Discussion:

Hajek (Wien): Der gehaltene Vortrag darf nicht unwidersprochen bleiben, da die von dem Vortragenden erwähnten Momente mit unseren Anschauungen über Anatomie, Pathologie und Klinik der Nebenhöhlen bezw. ihrer Erkrankungen völlig unvereinbar sind. Da der Vortragende die vorgebrachten neuen Gesichtspunkte nicht begründet hat, ist eine sachliche Discussion nicht möglich.

IV. Gluck (Berlin): Die Chirurgie im Dienste der Laryngologie.

Der Inhalt der Gluck'schen Ausführungen ist bereits in seiner im April 1904 erschienenen Arbeit „Ueber den gegenwärtigen Stand der Chirurgie des Kehlkopfes, des Pharynx, Oesophagus und der Trachea" enthalten. Sein Operationsverfahren, das auf möglichst radicale Beseitigung alles Kranken abzielt, ist in Kurzem folgendes: Nach Freilegung des Larynx und Freipräpariren des Pharynx, der dann von der Wirbelsäule abgelöst wird, wird bei herabhängendem Kopf der Larynx quer durchtrennt, der Pharynx aus der Wunde hervorgezogen, der Oesophagus von der Trachea isolirt und quer durchtrennt, der Larynx oberhalb der mit Suturen fixirten Trachea von ihr abgetrennt. Alsdann wird der Pharynxstumpf fest zugenäht, der Trachealstumpf in ein knopflochartiges Hautloch eingenäht. Tamponade mit Jodoformgaze. Trachealcanüle. Schlauch in den Oesophagus. 1. Verband für 6—10 Tage. Später Prothese. G. demonstrirt einige nach dieser Methode mit gutem Resultate operirte Patienten, deren Stimmbildung theilweise eine verhältnismässig gute ist.

V. Göbel (Breslau): Gleichzeitige Lipomatosis und Polyposis des Hypopharynx: G. demonstrirt drei Lipomata dura und einen grossen Polypen, die er durch Malgaigne-Langenbeck'sche Pharyngotomia subhyoïdea aus dem Cavum pharyngolaryngeum entfernt hat. Die Entstehung der Lipome ist nach den jetzt gültigen Anschauungen der Onkologie auf Keimversprengung, also congenitale Veranlagung zurückzuführen.

VI. Hinsberg (Breslau): Zur Behandlung von Larynx- und Trachealstenosen durch Mikulicz'sche Glascanülen: H. benutzt eine Modification der Mikulicz'schen Canüle, die darin besteht, dass deren solider Griff durch ein mit dem Hauptrohr communicirendes zweites Rohr ersetzt ist, wodurch die Canüle T-förmige Gestalt gewinnt. Diese Canüle bietet den Vortheil, dass wenn bei dicht unter den Rippen sitzenden Stenosen die Canüle direct an die Stimmlippen gelagert wird, um dem Pat. die Stimme während des Tragens

der Röhre zu erhalten, bei den hierdurch leicht auftretenden Entzündungen und Schwellungen der Stimmlippen, die sich bisweilen zu Larynxödem steigern, der äussere Schenkel der Canüle als Nothventil dient, bis die Störung zurückgeht, während die Mikulicz'sche Canüle in solchen Fällen sofort entfernt werden muss. Der schon von Kümmel hervorgehobene Vorzug der gläsernen Canülen vor solchen aus Metall oder Hartgummi besteht darin, dass sie keine Neigung wie die letzteren besitzen, sich mit Schleim zu verstopfen und deshalb ihr Herausnehmen behufs Reinigung fast ganz vermieden wird. So trägt ein von H. demonstrirter Knabe, der an einer durch Abknickung der Trachea nach längerem Tragen der gewöhnlichen Trachealcanüle bedingten Stenose leidet, das T-Röhrchen über $^1/_4$ Jahr, ohne dass es je zur Reinigung entfernt zu werden brauchte. Wenn, wie gewöhnlich, der äussere Schenkel verschlossen ist, spricht der Knabe mit lauter Stimme. Ein zweiter Pat., dem eine tief in der Trachea sitzende luetische Narbe excidirt wurde, trägt die Canüle seit 9 Wochen. Der dritte vorgestellte Pat., der von seiner posttyphösen Perichondritis des Ringknorpels entstandenen Stenose geheilt ist, trug die Canüle 14 Tage lang. Wenn wegen Hindernisses in der Glottis selbst die Canüle zwischen die Stimmlippen gelegt werden muss, lässt sich der — wenigstens bei Kindern — öfters auftretenden Neigung zum Verschlucken der Canüle durch Anwendung eines oben verschlossenen, demnach wie ein solider Bolzen wirkenden T-Rohres begegnen.

Discussion: Müller (Rostock).

VII. Deutschländer (Breslau) demonstrirt noch einmal die oben erwähnten Fälle von typischem Rhinosklerom.

VIII. Fittig (Breslau): Demonstration von 2 Rhinoskleromfällen.

IX. Henle (Breslau): Nasenplastik und Larynxplastik.

Bei dem ersten vorgestellten Pat. wurde wegen Carcinom die rechte Kehlkopfhälfte exstirpirt. Um ein allseitig von Epithel bekleidetes Luftrohr zu schaffen, transplantirte H. primär einen grossen Thiersch'schen Lappen auf die Wundfläche, der ohne Störung anheilte. Nach einigen Wochen secundärer Schluss der Laryngofissurwunde. Seitdem völlig freie Athmung. Bei dem zweiten von H. vorgestellten Pat. handelte es sich um eine — anscheinend congenitale — Missbildung der Nase. Die Nasenspitze erschien plattgedrückt, die Verunstaltung wurde durch eine eigenthümliche Wulstung der Oberlippe noch vermehrt. Da Paraffininjection keinen Erfolg versprach, transplantirte H. ein Stück Rippenknorpel in die Nasenscheidewand, das dort einheilte. Seitdem hat die Nase eine fast normale Configuration.

Sitzung am Mittwoch, den 21. September, Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: P. Heymann (Berlin).
Schriftführer: Deutschländer (Breslau).

Brieger (Breslau) begrüsst als Einführender die Theilnehmer der Versammlung. Die laryngologische Section der Naturforscherversammlung werde in Zukunft unzweifelhaft unter der allseitig mit Freuden zu begrüssenden deutschen

laryngologischen Gesellschaft, deren Begründung bevorstehe, leiden. Um so bedauerlicher sei es, dass auch diese Versammlung in Breslau in Folge mehrfacher plötzlicher Absage wissenschaftlich vielleicht nicht vollkommen befriedigen werde.

I. Gerber (Königsberg): Zur rhinoskopischen Diagnose der Kiefercysten. Vgl. Discussionsbem. von Gerber zum Vortrag Partsch.

II. Brieger (Breslau): Ozäna und Nebenhöhleneiterungen.

B. bespricht kritisch die zum Beweis eines Zusammenhanges zwischen Ozäna und Nebenhöhleneiterungen beigebrachten Argumente. Unter diesen sei der sich auf die Ozäna erstreckende Effect der Behandlung der Nebenhöhleneiterung nicht ohne weiteres als stichhaltiger Beweis anzuerkennen, da ähnliche Erfolge bei jedem therapeutischen Verfahren vorkommen. Die Eröffnung der Nebenhöhlen könne auch, wenn eine Ausbreitung der Ozäna auf die Nebenhöhlen vorliege, von nützlicher Wirkung sein. Diese Miterkrankung der Nebenhöhlen bei Ozäna hat B. anatomisch feststellen können. Die Schleimhaut der Nebenhöhlen zeigte in diesen Fällen ebenso wie der Knochen im Bereich der lateralen Nasenwand die für Ozäna charakteristischen Veränderungen. Die Nebenhöhlenozäna kann ebenso durch Bildung eitrigen Sekrets — wenigstens vorübergehend — wie durch die typische Krustenbildung charakterisirt sein.

Discussion:

Cassel (Posen) hat einen ähnlichen Fall beobachtet.

III. Deutschländer (Breslau): Demonstration eines Präparates von Durchbruch einer tuberculösen Halslymphdrüse in den Bronchus.

IV. Görke (Breslau): Maligne Neubildungen der Nase (Demonstrationen).

V. Bönninghaus (Breslau) demonstrirt 2 Kranke mit Nasentumor und einen mit ausgedehnter Knochentuberculose der Nase mit Zerstörung des Palatum durum.

VI. Brieger (Breslau) demonstrirt Fälle von Nasentuberculose, die die verschiedenen Formen der Tuberculose — diffuse Ausbreitung, allmähliche vom Septum über die ganze Schleimhaut fortschreitende Ausbreitung, infiltrative Form der Tuberculose, Bildung eines isolirten Käsetumors der mittleren Muschel, Inoculationslupus des Kopfes der unteren Muschel veranschaulichen. Demonstration der Präparate.

VII. Brieger und Miodowski (Breslau): Combination von Syphilis und Tuberculose in den oberen Luftwegen. Demonstration der Präparate durch Herrn Miodowski, der die Fälle später eingehend beschreiben wird.

VIII. Brieger (Breslau) demonstrirt 2 Fälle von Nasenrachenfibromen, die trotz vielfacher Operationen immer wieder recidivirten. Jetzt ist bei dem einen Fall — Pat. steht am Ende der 20er Jahre — fast vollkommene, bei dem 2. Fall — gleichfalls Ende des 2. Decenniums — beginnende Spontaninvolution eingetreten.

Edmund Wertheim (Breslau),
Schriftführer der Section.

c) St. Petersburger oto-rhino-laryngologischer Verein.

Sitzung 6. März 1904.

P. Hellat: Vorstellung eines Patientin von 32 Jahren mit einer spontanen Septumperforation an der gewöhnlichen Stelle und dahinter einer granulösen etwa bohnengrossen Geschwulst, die H. für Tuberculose angesehen hatte, die aber bei der mikroskopischen Untersuchung als Carcinom (Plattenzellen) sich herausgestellt hatte. Wegen der Kleinheit der Geschwulst glaubte H. sie mit dem Conchotom entfernen zu können. Bei der Exstirpation erwies sich aber, dass die Infiltration recht weit nach hinten und oben reicht, so dass die Nase aufgeklappt werden muss.

Neumann glaubt, dass eine antisyphilitische Kur zunächst versucht werden muss.

Simanowski schliesst sich dem an, umsomehr als die Prognose im Falle eines Carcinoms sehr schlecht ist.

Spengler hält Elektrolyse für genügend, um ein Epitheliom zu beseitigen.

Okunew theilt einen Fall von Nasenlues mit, wo die Diagnose lange Zeit zweifelhaft blieb und wo schliesslich doch durch die antiluetische Behandlung Heilung erzielt wurde.

Sacher meint, man könnte auch an Lupus denken, obgleich äusserlich nichts Verdächtiges vorliege.

Hellat hat gegen einen Versuch von antiluetischer Kur nichts einzuwenden. Er kann im Interesse des Patienten nur wünschen, dass das Mikroskop ihn getäuscht haben mag. Die Autorität Winogradow's lässt jedoch wenig Aussicht auf eine Täuschung.

Lunin: Mittheilung über einen deletär verlaufenen malignen Nasenrachentumor (Sarkom) mit Vorstellung des Präparates.

Mikroskopisch konnte im vorliegenden Fall in vivo keine sichere Diagnose gestellt werden. Klinisch war jedoch kein Zweifel an der Bösartigkeit.

Hellat.

III. Briefkasten.

Das Garcia-Jubiläum.

Das Portrait unseres Altmeisters ist nunmehr vollendet, und ich freue mich herzlich, den Collegen mittheilen zu können, dass es ein Meisterwerk ersten Ranges geworden ist. Die schwierige Aufgabe: bei voller Portrait-Aehnlichkeit die Verbindung höchsten Menschenalters mit vollkommenster Erhaltung frischesten Intellects darzustellen — hätte nicht glänzender gelöst werden können, als dies Mr. Sargent gelungen ist. Man sieht es dem Bilde an, mit welcher Liebe sein Schöpfer an ihm gearbeitet hat.

Unter diesen Umständen ist es um so wünschenswerther, dass wir in die Lage versetzt werden mögen, dem grossen Maler ein Honorar

anzubieten, das seiner selbst und eines von den Laryngologen der Welt dargebotenen Ehrengeschenks würdig ist! Wenn jeder Kehlkopfarzt jeglicher Nation nur eines seiner Honorare dem schönen Zwecke widmen wollte: dem Vater der Laryngologie bei dem einzigen Feste, das wir im Begriffe sind zu feiern, einen Tribut seiner Dankbarkeit zu zollen, so wäre dieser Wunsch leicht zu erfüllen! — Es ist vielleicht zu viel, hierauf zu hoffen. Ich habe noch kürzlich in Erfahrung gebracht, wie vielen unserer Fachgenossen das bevorstehende Jubiläum bisher ganz unbekannt geblieben ist.

Um so dringender ergeht meine Bitte an diejenigen Laryngologen, die von Manuel Garcia's hundertstem Geburtstage wissen, nach besten Kräften zu dem ihm gewidmeten Ehrengeschenk beizutragen! —

Ganz besonders möchte ich darauf aufmerksam machen, dass niemand meinen sollte, dass auf einen individuellen Beitrag von ihm nicht gerechnet würde, weil die laryngologische Gesellschaft, der er angehöre, einen Collectivbeitrag aus der Kasse bewilligt habe! — Denn der laryngologischen Gesellschaften giebt es nicht viele, und so dankbar wir dafür sind, dass manche derselben bereits verhältnissmässig reiche Beiträge gespendet haben, so stellt die aus dieser Quelle stammende Einnahme naturgemäss nur einen kleinen Bruchtheil der erforderlichen Summe dar.

Was wir brauchen, sind grossherzige Gaben vieler! Ich hege das feste Vertrauen zu meinen Fachgenossen, dass ich nicht vergeblich bitte!

Felix Semon.

Personalia.

Dem Centralblatt steht ein schwerer Verlust bevor. Am Ende dieses Jahres scheidet Prof. Philipp Schech (München) aus Gesundheitsrücksichten aus seiner Stellung als regelmässiger Mitarbeiter, die er seit Gründung des Blattes innegehabt und in mustergültiger Weise ausgefüllt hat. Seit längerer Zeit viel und schwer leidend, hat sich unser allseits verehrter College gezwungen gesehen, einen längeren Urlaub von seiner Lehrthätigkeit anzutreten und seinen literarischen Verbindlichkeiten ganz zu entsagen. Wir sehen ihn mit tiefstem Bedauern aus unserem Kreise scheiden, sagen ihm für seine treue Mitarbeiterschaft unseren innigsten Dank und hoffen, dass ihm das otium cum dignitate zu besserer Gesundheit verhelfen möge. — An seiner Stelle tritt Dr. Hecht (München) in den Kreis unserer Mitarbeiter ein.

Felix Semon.

Der Herausgeber ist von seiner Reise zurückgekehrt und hat die Geschäfte des Blattes wieder übernommen.

Namen-Register.*)

A.

B.

---

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publicationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Citate, Discussionen etc.

C.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

E.

F.

G.

H.

J. I.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

[Jah]rgang XX. Januar 1904. No. 1.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. Februar 1904. No. 2.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brunner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. Meyer** (Berlin), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **E. Semon** (München), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. März 1904. No. 3.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **Semon** (München), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

… erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.
Verlag von August Hirschwald.
SW. Unter den Linden 68.

MACKENZIE, Dr. Morell, **Die Krankheiten des Halses und der Nase.** herausgegeben und mit Zusätzen versehen von Dr. F. Semon. I. Bd. Krankheiten des Pharynx, Larynx und der Trachea. gr. 8. Mit 112 Holzschn. 1880. 18 M. — II. Bd.: Die Krankheiten des Oesophagus, der Nase und des Nasenrachenraumes. gr. 8. Mit 93 Holzschn. 1884. 18 M.

MIKULICZ, Prof. Dr. J. u. Pr.-Doc. Dr. P. MICHELSON, **Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle.** 44 Buntdrucktaf. mit erläut. Text. 1892.

ROSENTHAL, Dr. Carl, **Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes.** Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende. Zweite vermehrte und verb. Auflage. 1897. gr. 8. Mit 41 Fig.

— — **Die Erkrankungen des Kehlkopfes.** Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende. gr. 8. Mit 68 Fig. 1893.

— — **Die Zunge und ihre Begleit-Erscheinungen** bei Krankheiten, für Aerzte und Studirende bearbeitet. gr. 8. 1903.

SCHJERNING, Generaloberarzt Dr. O. K., **Die Tuberkulose in der Armee.** Vortrag auf dem Kongresse zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit am 24. Mai 1899 gehalten. 8. 40 S. Mit 2 Karten und graphischen Darstellungen. 1899.

SSIKORSKI, Prof. Dr. J. A., **Ueber das Stottern.** Ins Deutsche übertragen von Dr. V. Hinze. gr. 8. 1891.

STUVE, Dr. R., **Die Tuberkulose als Volkskrankheit und ihre Bekämpfung.** In gemeinverständlicher Darstellung. gr. 8. 1901.

von SZEKELY, Dr. Aug., **Die Behandlung der tuberkulösen Lungenschwindsucht.** gr. 8. 1894.

TRAUTMANN, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. F., **Chirurgische Anatomie des Schläfenbeins,** insbesondere für Radicaloperation. 4. Mit 2 Tafeln und 72 Stereoskopbildern. 1898.

— — **Anatomische, pathologische und klinische Studien über Hyperplasie der Rachentonsille,** sowie chirurgische Behandlung der Hyperplasie zur Verhütung von Erkrankungen des Gehörorgans. Folio. Mit 7 Tafeln und 12 Photographien nach Sectionspräparaten. 1886.

— — **Leitfaden für Operationen am Gehörorgan.** Mit 27 Textfiguren. (Bibliothek v. Coler. IV. Bd.)

TREITEL, Dr. Leop., **Grundriss der Sprachstörungen,** deren Ursache, Verlauf und Behandlung. gr. 8. 1894.

Verhandlungen der ständigen Tuberkulose-Commission der Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in München 1899. Red. von Prof. Dr. F. gr. 8. 1900.

— — zu Hamburg 1901. gr. 8. 1902.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Herausgegeben von der Medicinal-Abtheilung des Kgl. preuss. Kriegs-Ministeriums. Die Lungentuberkulose in der Armee. Bearbeitet in der Medicinal-Abtheilung des Kriegsministeriums. gr. 8. Mit 2 Tafeln. 1899.

WEICKER, Dr. Hans, **Beiträge zur Frage der Volksheilstätten.** aus Dr. Weicker's „Krankenheim". V. gr. 8. 70 S. 1901.

WOELFLER, Prof. Dr. A., **Die chirurgische Behandlung des Kropfes.** 1887.

— — **Die chirurgische Behandlung des Kropfes.** II. Theil. gr. 8. und 37 Holzschnitten. 1890.

— — — III. Theil. **Die Behandlungsmethoden des Kropfes.** mit Berücksichtigung der vom Hofrath Billroth 1875—84 an der Wiener Klinik und vom Verf. 1886—90 an der Grazer Klinik behandelten Fälle. Mit 2 Tafeln und Holzschn.

— — **Ueber die Entwickelung und den Bau des Kropfes.** gr. 8. Mit Taf. 1888. (Sep.-Abdr. aus d. Arch. f. klin. Chir.)

Inhalt.

Jahrgang XX. April 1904. No. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

[illegible]

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

[illegible]

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. [illegible] Linden 6[illegible].

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. Mai 1904. No. 5.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brunner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin. 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. Juni 1904. No. 6.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. Juli 1904. No. 7.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **R. Semon** (München), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. August 1904. No. 8.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. [illegible]

Jahrgang XX. September 1904. No. 9.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London), **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. October 1904. No. 10.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Brunner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London) **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. November 1904. No. 11.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London) **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON
London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Jahrgangs Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.
Verlag von August Hirschwald.
NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

Jahrgang XX. December 1904. No. 12.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

L. Bayer (Brüssel), **R. Botey** (Barcelona), **A. J. Brady** (Sydney), **A. Bronner** (Bradford), **H. Burger** (Amsterdam), **A. Cartaz** (Paris), **O. Chiari** (Wien), **J. Donelan** (London), **G. Finder** (Berlin), **P. Hellat** (St. Petersburg), **G. Jonquière** (Bern), **J. Katzenstein** (Berlin), **F. Klemperer** (Berlin), **A. Kuttner** (Berlin), **G. M. Lefferts** (New York), **P. M'Bride** (Edinburgh), **Emil Mayer** (New York), **E. J. Moure** (Bordeaux), **E. v. Navratil** (Budapest), **W. Okada** (Tokio), **P. Raugé** (Challes), **A. Rosenberg** (Berlin), **Ph. Schech** (München), **E. Schmiegelow** (Kopenhagen), **O. Seifert** (Würzburg), **A. v. Sokolowski** (Warschau), **Logan Turner** (Edinburgh), **E. Waggett** (London) **C. Zarniko** (Hamburg)

herausgegeben

von

SIR FELIX SEMON

London.

Monatlich erscheint eine Nummer, am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.

Preis des XX. Jahrgangs (Januar—December 1904) **15 Mark.**

Berlin, 1904.

Verlag von August Hirschwald.

NW. Unter den Linden 68.

Inhalt.

Druck von L. Schumacher in Berlin N. 24.

